

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

92

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LUCIEN DENOYELLE

Ancien Interne des Hôpitaux

Préparateur à l'Institut d'Hygiène de la Faculté

Né à Caumont (Pas-de-Calais), le 13 Août 1891

Travail de l'Institut d'Hygiène et du Service de M. le Pr LÉON BERNARD

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

l'Étiologie de la Tuberculose pulmonaire

CHEZ L'ADULTE

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551608_0047

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Den.

ANNÉE 1925

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LUCIEN DENOYELLE

Ancien Interne des Hôpitaux

Né à Caumont (Pas-de-Calais), le 13 Août 1891

Travail de l'Institut d'Hygiène et du Service de M. le P^r LÉON BERNARD

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

l'Étiologie de la Tuberculose pulmonaire

CHEZ L'ADULTE

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS. . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEMIERRE.	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.	LÉVY SOLAL.	Obstétrique.
BLANCHETIERE. . . .	Chimie biologique.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
BRANCA.	Histologie.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET.	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CADENAT.	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT.	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY.	Histologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
DEBRÉ.	Hygiène.	PHILIBERT.	Bactériologie.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE.	Pathologie médicale.
DUVOIR.	Médecine légale.	RICHET Fils.	Physiologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	ROUVIÈRE.	Anatomie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	STROHL.	Physique médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.	TANON.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU.	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Urologie.	VERNE.	Histologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VILLARET.	Pathologie médicale.
JOYEUX.	Parasitologie.	WELTER.	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTNER.	Histologie.
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	ROUSSY.	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT.	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN. . . .	Clinique ophtalmologique.
LœPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

1911 : M. LE DOCTEUR A. BÉCLÈRE

M. LE DOCTEUR DECLoux (*in memoriam*)

1912 : M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Externat

1913 : M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

M. LE DOCTEUR BÉCLÈRE

1914-1920 : M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEBRÉ

M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

Internat provisoire

1920-1921 : M. LE DOCTEUR RIVET

Internat

1921-1922 : M. LE DOCTEUR BABONNEIX

1922-1923 : M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

1923-1924 : M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

1924-1925 : M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

A MM. LES DOCTEURS ARMAND-DELILLE, DARRÉ, LAEDERICH, MÉDECINS DES HÔPITAUX ; BROcq, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX ; VIGNES, ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX ; BARON, BIGARD, BITH, RENÉ BLOCH, LÉVY-DARRAS, PARAF, SAINT-GIRONS, SALOMON, THIBAUD.

A MM. ROUX ET PETTIT, DE L'INSTITUT PASTEUR

Introduction

Nous rapportons ici, tout simplement, les résultats d'une enquête clinique portant sur 300 cas de tuberculose pulmonaire chez l'adulte, étudiés avec l'idée de fixer pour chacun d'eux les facteurs étiologiques déterminants ou favorisants.

Nous n'avons nullement l'intention de faire une étude complète de l'étiologie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Nous ne pouvons pas citer les nombreux travaux cliniques, statistiques ou expérimentaux qui ont été publiés sur la question; nous ne voulons pas entrer dans des considérations pathogéniques complexes ni tirer des conclusions absolues. Nous nous contenterons d'apporter au problème la contribution de ces 300 cas minutieusement étudiés suivant la technique que nous exposerons plus loin.

D'une façon générale tous les auteurs modernes sont d'accord pour admettre que l'infection tuberculeuse se produit dans l'enfance dans l'immense majorité des cas. On sait que chez les individus vivants dans les milieux urbains, la cuti-réaction tuberculinique, témoin obligé de la primo-infection, est quasi-universelle à vingt ans.

Tous les adultes ayant été bacillisés, pourquoi dès lors l'évolution tuberculeuse est-elle seulement le sort mal-

heureux de quelques-uns. Pourquoi est-ce surtout l'âge adulte qui est l'âge le plus fréquent de la tuberculose pulmonaire ?

Les statistiques obituelles et les réactions biologiques, les facteurs expérimentaux et les facteurs anatomiques, concordent pour inviter à considérer la tuberculose de l'adulte comme une réinfection ou une surinfection chez un sujet ayant déjà subi dans son enfance une primo-infection plus ou moins immunisante.

Ces surinfections peuvent être d'origine exogène, provenant de nouvelles contaminations venues de l'extérieur ou d'origine endogène procédant d'un réveil de lésions latentes anciennes, d'une mobilisation de bacilles arrêtés et emmurés dans le poumon (LÉON BERNARD). C'est la fréquence relative de ces deux catégories de faits qu'il est important de fixer.

Quel est le rapport entre l'infection de l'enfant et la maladie de l'adulte ? Celle-ci est-elle la conséquence de celle-là ? Comment se fait le réveil des lésions latentes connues ou ignorées ?

D'autre part, dans quelle proportion peut-on incriminer une nouvelle contagion venue de l'extérieur ? Quels sont les facteurs qui favorisent cette contagion et la rendent efficiente, alors que normalement l'organisme adulte vacciné devrait y résister ?

Ce sont ces questions que nous avons cherché à résoudre. Mais nous avons mené notre enquête sans idée préconçue, sans rien vouloir chercher à démontrer. Nous citons des faits que nous sommes naturellement obligés d'interpréter, mais en justifiant notre interprétation.

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre Maître M. le PROFESSEUR LÉON BERNARD. Nous avons eu l'honneur de devenir son interne après avoir été très longtemps son externe et c'est dans son service que la majorité de ces observations ont été recueillies, c'est sous sa direction que nous avons travaillé ; c'est grâce à ses conseils et aux encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer que nous avons pu terminer notre tâche.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage d'une reconnaissance et d'une affection dont il sait la sincérité.

Technique de l'Enquête

Nous nous sommes proposés d'écrire l'*histoire personnelle et familiale complète* de chacun de nos malades et nous avons essayé de conduire cette enquête avec une exactitude minutieuse. Nous avons dans tous les cas suivi une technique définie que nous tenons à exposer tout d'abord.

L'interrogatoire du malade nécessite souvent une patience particulière. En général, nous nous présentions à lui déjà munis des renseignements puisés dans les observations prises antérieurement dans le service et grâce à ces documents, nous pouvions lui parler d'emblée des étapes de sa maladie, de sa famille, de son métier, ce qui n'était pas sans l'étonner quelque peu. Peu à peu nous l'oblignons à préciser d'abord toute son *histoire personnelle*, à se remémorer avec nous tout son passé : le lieu et les incidents de son enfance, les conditions de la vie-familiale, les habitudes d'hygiène et d'alimentation, l'âge de l'apprentissage, l'organisation de l'usine ou de l'atelier, les descriptions de l'habitation, les particularités de la vie conjugale. Nous nous sommes efforcés, en entrant peu à peu dans sa confiance, d'obtenir de lui tous les détails, même les plus intimes.

Puis, nous portions l'interrogatoire *sur la famille et sur l'entourage*. Nous avons tenu surtout à apporter des précisions chronologiques rigoureuses : nous avons noté la cause et la date de la mort des ascendants et collatéraux, la durée exacte de la maladie, l'âge et la date de naissance de tous les collatéraux et les points particuliers de leur histoire, la durée précise de tous les contacts suspects.

Nous avons rencontré souvent bien des difficultés. Certains malades sont volontiers réticents, d'autres nonchalants, se refusent à tout effort de mémoire. Les jeunes ne savent pas, les vieux ne se rappellent pas et il nous restait dans une seconde partie de notre enquête à vérifier, à préciser et à compléter ces premiers renseignements.

C'est alors que nous nous adressions directement à *l'entourage* des tuberculeux.

Presque toujours nous avons pu joindre directement la famille de nos malades dans les salles, à l'heure de la visite. C'est surtout aux mères que nous nous sommes adressés quand c'était possible ; mieux que personne elles connaissent et se souviennent des détails de la vie de leur enfant, et bien souvent elles nous ont apporté des renseignements qu'on avait préféré lui laisser ignorer. A leur défaut, nous avons interrogé les frères et sœurs, les parents, les amis même. Nous nous sommes aussi adressés aux médecins traitants des familles qui toujours nous ont répondu avec amabilité et précision.

Nous avons obtenu surtout que tous les membres de la famille se fassent examiner. D'ailleurs, presque toujours,

ces examens étaient pratiqués systématiquement grâce à l'activité du Service Social au Dispensaire Léon Bourgeois dont les dossiers minutieusement classés nous ont apporté presque toujours les précisions que nous pouvions désirer.

Dans tous les autres cas, nous avons pratiqué nous-mêmes les examens dans notre Service de la Pitié où les familles se soumettaient toujours avec docilité, parfois même avec reconnaissance à nos visites. Tous les membres suspects ou non de bacillose de l'entourage de nos tuberculeux ont été étudiés cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement, et souvent ces recherches systématiques nous ont conduit à des trouvailles intéressantes et imprévues.

Nous avons aussi interrogé et examiné près de 400 malades tant à l'hôpital Laënnec, dans le service du professeur Léon Bernard, que dans les salles de tuberculeux de la Pitié, mais pour n'avoir voulu apporter que les observations complètes et rigoureusement exactes, nous avons limité notre étude à 300 cas.

Si bien que toutes les affirmations contenues dans nos observations reposent sur *des documents vérifiés* que nous n'avons pas jugé utile de rappeler dans chaque cas. Par contre nous avons indiqué scrupuleusement tous ceux qui laissent place à discussion ; nous avons noté tous les doutes que nous n'avons pu lever.

Nous avons strictement borné notre étude aux cas de *tuberculose pulmonaire avérée avec expectoration bacillaire constatée*, et nous avons rejeté tous les cas douteux

aussi suspects soient-ils, auxquels manquait la confirmation bactériologique.

Nous avons signalé pour chacun d'eux l'état actuel des lésions pulmonaires et nous avons préféré rapporter uniquement les résultats de l'examen radiologique et même, dans la grande majorité des cas, c'est le compte rendu de la radiographie que nous avons relaté.

En ce qui concerne l'entourage des malades, la preuve de la tuberculose est souvent difficile à faire car la plupart du temps les sujets suspects ont depuis longtemps succombé. On est donc obligé dans ces cas de s'en tenir aux notions fournies par l'interrogatoire : mais en faisant décrire la maladie et surtout les caractères si particuliers de la cachexie tuberculeuse, on arrive souvent à une quasi-certitude.

Mais il est d'autre cas, où le doute persiste : il s'agit le plus souvent d'un ascendant, toussEUR chronique, catarrheux ou emphysémateux. Nous nous contentons alors d'indiquer simplement le renseignement incomplet, mais nous devons faire remarquer que, dans la classification générale de nos observations, si en dehors de notre malade nous relevons un ou plusieurs cas de tuberculose certaine chez les collatéraux, nous n'hésitons pas à inter-prêter ces cas comme des manifestations tuberculeuses.

Exposé général et Division du Sujet

PREMIÈRE PARTIE

On peut d'emblée diviser l'ensemble de nos observations en deux grandes catégories :

Dans une première catégorie, nous avons rangé tous les malades qui ont, *dans leur passé, avant seize ans, une histoire avérée ou présumable de tuberculose.*

La seconde catégorie de faits groupe, au contraire, ceux chez lesquels l'enquête minutieuse n'a pu dépister aucune histoire avérée ou présumable de tuberculose dans l'enfance.

I. — Dans un premier chapitre, nous étudions donc les malades qui ont : soit présenté personnellement des manifestations tuberculeuses, soit vécu pendant leur enfance dans un milieu richement tuberculeux. Ce sont, par conséquent, ceux chez qui il est légitime de supposer que la *primo-infection* a pu être riche.

Cette catégorie représente 147 observations sur 300, soit 49 % des cas, et se divise elle-même en deux parties :

a) Certains malades ont, non seulement des *antécédents familiaux* de tuberculose, mais ils ont présenté

eux-mêmes des manifestations qu'il est légitime de considérer comme tuberculeuses. Leur enfance a été une *série d'incidents pulmonaires*, leur passé est une *histoire subcontinue* de manifestations pathologiques. Il semble que non seulement leur primo-infection a été riche, mais qu'elle n'a jamais cessé de manifester son activité, sa tendance évolutive. Il semble que la tuberculose de ces adultes *se rattache directement à leur primo-infection* ; qu'elle en est la *conséquence* et la *terminaison*.

Le nombre de ces adultes qui semblent mourir du fait de leur primo-infection atteint 79, soit 26,46 %, c'est-à-dire plus du quart de nos observations.

Nous chercherons d'ailleurs à montrer dans ces cas comment et pourquoi s'est développée la maladie de l'adulte et quelles sont les causes favorisantes qui sont intervenues.

b) D'autres malades, au contraire, ayant reçu une infection de l'enfance vraisemblablement riche, n'ont présenté dans leur passé aucun incident pathologique qui aurait pu faire craindre ou prévoir la tuberculose de l'âge adulte. Il y a eu une *longue période de santé parfaite* entre l'infection de l'enfance et l'épisode actuel. Dans ces cas, qui représentent 22,54 % de nos observations, nous avons, ici encore, cherché minutieusement à découvrir les causes de ce que nous pouvons appeler *un réveil de la primo-infection*.

II. — Le second chapitre a trait à 151 malades (soit 51 %) qui n'ont jamais eu, au cours de leur enfance, un contact certain et connu avec un tuberculeux et chez les-

quels il est, par conséquent légitime de supposer que *la primo-infection a été banale, pauci-bacillaire*, qu'elle s'est réalisée à la façon de « tout le monde », aux hasards de la vie quotidienne, à une époque que rien ne permet de fixer.

Cette hypothèse d'ailleurs n'est vraisemblable que pour les cas où le malade a été élevé dans un milieu urbain. Aussi mettons-nous à part, dans cette catégorie, un certain nombre de cas, où l'enfance s'étant passée toute entière à la campagne, la *primo-infection aurait pu manquer* : ce sont ces faits que nous étudierons sous le nom de « tuberculose des campagnards transplantés » et qui réunissent 28 cas, soit 9,18 %.

Ces faits étant écartés, il nous reste donc à étudier le cas habituel du citadin et à déterminer pourquoi s'est développée une tuberculose que rien ne pouvait faire prévoir. Nous voyons alors que :

a) Parfois une *nouvelle contagion* est intervenue à l'âge adulte (13,38 %) et nous essayerons de déterminer si elle a été ou non efficiente.

b) Parfois et beaucoup plus souvent, il n'y a pas eu de nouvelle contagion (19,66 %), mais un *facteur favorisant est intervenu* qui, dans une certaine mesure, a pu contribuer à réveiller une infection latente.

c) Enfin quelquefois, il n'y a eu ni contagion nouvelle, ni cause favorisante et cette catégorie représente 8,78 % des cas que nous considérons comme les *tuberculosés inexplicables de l'adulte*.

DEUXIÈME PARTIE

En groupant les renseignements fournis par la totalité de nos observations, nous essayerons d'envisager un certain nombre de points particuliers ayant trait à l'étiologie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte :

I. — Nous étudierons la *tuberculose familiale* en montrant dans quelle proportion le foyer familial intervient comme source d'infection tuberculeuse et en étudiant la catégorie si intéressante des *épargnés*.

II. — Nous envisagerons le rôle général de la *contagion* chez l'adulte et en particulier le rôle de la *contagion conjugale*.

III. — Enfin, nous essayerons de fixer la fréquence relative des diverses *causes favorisantes* considérées comme facteurs d'anergie.

Première Partie

CHAPITRE I

A) Nous relatons ici 79 observations de malades ayant eu pour la plupart une contamination tuberculeuse définie dans leur enfance et qui, *tous*, ont présenté antérieurement une série d'incidents pulmonaires que nous pouvons légitimement considérer comme de nature tuberculeuse.

1^{re}) Le premier élément qu'il serait intéressant de pouvoir préciser pour cette catégorie de malades : c'est *l'âge et la richesse de la primo-infection tuberculeuse de l'enfance*.

a) Il nous est apparu qu'il n'est pas possible dans une enquête portant sur des adultes d'acquérir la certitude à ce point de vue.

Voici comment se présentent, en effet, les faits que nous avons observés :

a) Chez certains, on relève à un moment donné, pendant l'enfance, c'est-à-dire avant 16 ans, un *contact cer-*

tain, passager, le plus souvent familial avec un tuberculeux. Nous pouvons toujours préciser la date exacte de la *fin* du contact, puisqu'il se termine par la mort du sujet contagieux. Mais rien ne nous permet le plus souvent de fixer quand et comment s'est fait le *premier contact* bacillisant, celui qui, comme on tend à l'admettre actuellement, a déterminé les modifications humorales particulières qui constituent l'allergie tuberculeuse. Nous pouvons affirmer seulement que la primo-infection s'est faite *avant* un âge donné ; qu'elle a été vraisemblablement *riche* et en tous cas, *répétée*.

β) Dans d'autres cas, le contact avec la source de contamination a été *continuel*, très prolongé et il persiste encore à l'âge adulte au moment où nous étudions le malade. Il s'agit de parents présentant ces formes fréquentes de tuberculoses torpides, fibreuses, à évolution très lente, et vraisemblablement à débit bacillifère intermittent. Ici, encore moins que dans le cas précédent, nous ne pouvons connaître le moment de la primo-infection ; nous ne pouvons savoir lequel de ces nombreux contacts a été infectant, nous ne pouvons dire comment se sont comportées ces infections successives ; si elles ont été indifférentes ou si, au contraire, elles se sont surajoutées, additionnées en quelque sorte. Rien ne nous permet de comparer ces faits aux données expérimentales précises des surinfections tuberculeuses dans lesquelles tous les facteurs sont rigoureusement déterminés quant à la date, quant à la richesse et quant à la voie d'introduction.

Il est cependant un point intéressant à signaler dans ces cas. Si nous envisageons ceux où le contact, continu pendant l'enfance et prolongé à l'âge adulte, a cependant cessé par disparition de la source infectante, depuis 3 ou 4 ans, nous sommes obligés de reconnaître que rien ne semble changé dans la succession et la multiplicité des épisodes pathologiques. Avant, comme après le contact, c'est la même série de bronchites, de poussées fébriles répétées, d'incidents pulmonaires les plus diversement interprétés, après comme avant, les mêmes incidents se sont reproduits sans atténuation, sans amélioration, ni plus ni moins vite qu'auparavant.

C'est de ces malades qu'on peut dire qu'il importe peu qu'ils soient ou non séparés tardivement de la source de contagion parce qu'ils portent en eux leur maladie personnelle, et qui évolue pour son propre compte.

γ) Dans quelques cas, d'ailleurs exceptionnels (7 sur 71), la contamination ne semble pas avoir eu lieu dans le milieu familial, à moins qu'il ne se soit agi de contaminations familiales occultes. L'histoire nous rapporte bien comme précédemment une série d'incidents de nature tuberculeuse certaine ou probable, mais il ne semble pas que l'entourage habituel puisse être incriminé. Et cette primo-infection que nous supposons riche, nous ne pouvons ici encore préciser ni d'où elle vient, ni quand elle fut.

Mais dans ces cas, ce qui paraît certain, c'est que cette infection de l'enfance n'a pas été répétée ; c'est que contrairement aux faits précédents, l'enfant a vécu dans un milieu familial sain ; et cependant on pourra se rendre

compte combien sont superposables les histoires pathologiques pulmonaires dans ces trois catégories de faits.

Il semble donc, autant que nous puissions en juger par nos observations, que l'évolution générale de ces « tuberculoses de primo-infection » soit indépendante, dans l'ensemble, de la répétition et de la durée du contact infectant.

b) Dans les cas où nous avons pu déterminer la date exacte de la cessation du contact bacillifère, il faut remarquer qu'il est absolument exceptionnel que ce contact ait eu lieu avant trois ans : une fois il aurait eu lieu avant un an et demi, deux fois avant deux ans : les survivants de la primo-infection contractée dans la première enfance sont donc absolument exceptionnels, comme d'ailleurs l'ont démontré les études de MM. Léon Bernard et Debré sur la tuberculose du nourrisson.

Le plus souvent donc, la contamination paraît dater de la seconde enfance : nous avons relevé qu'elle avait dû avoir lieu :

4 fois avant 4 ans.

2 » » 5 »

6 » » 6 »

6 » » 7 »

1 » » 8 »

5 » » 9 »

5 » » 10 »

3 » » 11 »

3 » » 12 »

Il convient d'ailleurs de remarquer que plus les enfants avancent en âge, plus il est possible dans le milieu urbain parisien que leur primo-infection ait été constituée antérieurement, en dehors peut-être même du milieu familial et qu'ils aient pu opposer à la contagion connue que nous incrimons un terrain déjà allergise.

Nous ne pouvons donc pas déterminer ce qu'a été la primo-infection de ces malades, si nous entendons bien par ce terme la première infestation de l'organisme par le bacille, *celle qui a été suivie de l'apparition de la cuti-réaction*. Mais il est cependant bien vraisemblable qu'elle a dû être, dans l'immense majorité des cas, *importante et répétée* et que c'est bien elle qui a marqué le début de cette maladie qui n'a pas cessé d'évoluer dans l'enfance et *qui ne fait que se terminer à l'âge adulte*.

2°) Dans cette catégorie de faits, avons-nous dit, l'histoire antérieure du sujet est une série à peu près continue d'incidents pathologiques. *Quels sont ces incidents et pourquoi avons-nous le droit de les considérer comme des manifestations tuberculeuses ?*

a) Cliniquement, ils se sont traduits essentiellement dans tous les cas, par une série d'incidents *pulmonaires*, variables quant au nom qu'on leur a donné, mais qui sont remarquables par leur *fréquence*, leur *répétition*, leur *durée*, et par le *retentissement qu'ils ont eu sur l'état général du sujet*.

On sent qu'il ne s'agit pas d'un accident pathologique banal, mais d'une même maladie qui se rallume et se manifeste à chaque instant.

C'est ce que les familles et les malades expriment en disant qu'ils étaient « fragiles des bronches », qu'ils avaient « tendance à s'enrhumer ». La plupart signalent dans leur enfance, dès le plus jeune âge, de vraies *bronchites* fébriles, prolongées, nécessitant chaque hiver plusieurs jours ou plusieurs semaines d'alitement, constituant un retard dans les études ou dans l'apprentissage. Certains même toussent indifféremment pendant toute l'année, aussi bien l'hiver que l'été : c'est le « mauvais rhume de printemps » qui ne guérit jamais complètement.

Plus rarement, on signale des *congestions pulmonaires* ou des *broncho-pneumonies*. Nous n'avons naturellement tenu compte de ces affections que si elles se présentent comme *primitives* et non liées ou consécutives à une maladie infectieuse banale de l'enfance telle que la rougeole ou la coqueluche par exemple, et surtout nous n'en avons tenu compte que si elles se sont répétées ou prolongées au-delà des limites habituelles et si elles ont alterné avec d'autres manifestations pulmonaires, avec des bronchites.

Parfois, enfin, nous avons noté (11 fois sur 71) un *épisode pleural* vérifié, surajouté.

Qu'ont été, en réalité, ces incidents pulmonaires répétés de l'enfance qui ont tant frappé les familles ? Quelle est leur nature exacte et à quel processus anatomo-pathologique sont-ils bien liés ? Nous ne pouvons le savoir rétrospectivement. Mais ce que nous savons c'est qu'il s'agissait bien d'*épisodes pulmonaires avec toux, fièvre*, et *mauvais état général* et comme ils sont survenus chez

des individus qui vivaient en milieu tuberculeux et qui sont eux-mêmes devenus tuberculeux, étant donné ce qui les a accompagné et ce qui les a suivi, nous avons tendance à croire qu'il ne s'est agit là, dans l'immense majorité des cas que de poussées tuberculeuses plus ou moins répétées.

Nous sommes cependant parfaitement convaincus d'autre part que cette tendance est sans doute exagérée et qu'il a pu, dans certains cas, ne s'agir que d'infections banales.

b) Comment se fait-il, cependant, que ces manifestations pathologiques si fréquentes n'aient pas conduit plus tôt à la découverte des lésions tuberculeuses ?

D'abord, bien souvent, dans le milieu hospitalier habituel, elles n'ont pas été soumises à un examen médical ; elles ont été méprisées, négligées parce que trop bénignes en apparence.

Nous sommes convaincus qu'avec les progrès de la lutte antituberculeuse, avec le développement du dépistage des foyers tuberculeux, avec la répétition des visites de prophylaxie, on découvrira de plus en plus tôt ces tuberculoses atténuées de l'enfance qui vont devenir des tuberculoses mortelles de l'adulte.

Cependant, nous ne pouvons passer sous silence quelques faits particuliers dans lesquels des examens soigneux ont été pratiqués et n'ont cependant pas dépisté de lésions pulmonaires.

Nous rapportons, sous le n° 250, l'observation d'une jeune fille de 17 ans que nous avons suivie personnellement.

ment. Elle avait deux ans quand sa mère est morte de tuberculose et fut élevée avec soin par une belle-mère, infirmière intelligente qui craignant « l'hérédité »; la fit examiner à plusieurs reprises, à l'occasion des nombreux incidents pathologiques qu'elle a présentés.

Il y a deux ans, nous avons été appelés à donner notre avis, au moment d'une poussée de bronchite disséminée et fébrile. Un cliché radiographique ne décelait, à cette époque, aucune image pathologique. L'an dernier, un nouveau cliché fut également négatif.

Peu après, la jeune fille entra en apprentissage dans un atelier de couture malsain et mal aéré. Récemment, une nouvelle poussée pulmonaire nous révéla des signes stéthacoustiques manifestes et des lésions radiologiques indiscutables qu'un examen positif de l'expectoration n'a pas tardé à confirmer.

Nous avons naturellement soupçonné une nouvelle contagion possible et nous avons réussi d'une part à examiner tous les membres de la famille et d'autre part les compagnes habituelles de l'atelier de couture. Toutes ces recherches, accompagnées d'examen radiologiques restèrent négatives. Le jeune frère de notre malade, né du deuxième mariage, présente encore à 9 ans, une cuti-réaction négative. Il faut bien que nous admettions qu'il s'agit donc de l'évolution d'une infection ancienne qui s'est d'ailleurs tant de fois manifestée, mais qui était cependant parfaitement muette, un an même auparavant, malgré un excellent cliché radiographique. L'histoire rapportée dans l'observation 245, montre également une malade ayant eu de nombreuses manifestations dans

l'enfance et même une adénopathie suppurée ; et qui, examinée par mesure de prophylaxie au 2^e mois d'une grossesse, fut déclarée indemne. Quatre mois plus tard, la toux apparaît et après l'accouchement on découvre des lésions étendues et rapidement évolutives.

C'est encore un étudiant en médecine (N^o 248) qui, craignant une contamination hospitalière se soumet à des examens répétés toujours négatifs et qui, un an après, devient manifestement tuberculeux, comme toute son histoire familiale et personnelle permettait de le prévoir. Nous trouvons également dans les observations 52 et 234, des examens radiologiques encore négatifs trois mois avant l'apparition de signes évolutifs évidents ; et nous ne parlons pas, bien entendu, des cas nombreux (43, 44, 101, 102, 243) où de simples examens cliniques sans radioscopie ont été négatifs et ont pu faire prendre dans le service armé des malades qui sont morts quelques mois après de tuberculose pulmonaire (observation n^o 90).

C'est en considérant ces faits, qu'il faut regretter qu'à côté du test biologique « de présence » que constitue la cuti-réaction, il n'existe pas un test clinique « d'évolution ».

3^o) D'où vient l'infection riche et évolutive de l'enfance ? *Essentiellement du milieu familial*. Tous nos cas, sauf 6, sont des cas de tuberculose familiale et presque toujours nos malades n'en étaient pas les seules victimes. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'étudier plus en détail ces cas dans un chapitre particulier.

Bornons-nous à noter que :

Dans 30 cas le père, seul, était tuberculeux.

Dans 32 cas, la mère, seule, était tuberculeuse.

Dans 7 cas, le père et la mère étaient tuberculeux. Deux fois seulement, il s'agissait d'un autre parent vivant au foyer familial.

4°) On a pu dire que l'infection familiale frappait de préférence la femme, qui « vit à la maison, en contact permanent avec ses parents, qui les soigne au cours de la maladie, alors que le garçon échappe de bonne heure à la vie familiale » (Bezancón).

Nous n'avons pas observé cette particularité dans nos observations où nous trouvons (pour la catégorie que nous étudions tout au moins, et qui ne comporte qu'une partie des tuberculoses d'origine familiale), 38 femmes pour 41 hommes.

5°) Il est intéressant de rechercher à quel âge ces malades ont été cliniquement reconnus tuberculeux, c'est-à-dire à quel âge leurs lésions sont devenues assez graves pour ne plus pouvoir passer inaperçues.

Il s'agit toujours de jeunes sujets de 16 à 25 ans. Cependant on remarquera que sept de nos malades ont dépassé 35 ans ; mais tous les sept, sans exception, avaient été reconnus tuberculeux entre 20 et 30 ans, et ont présenté depuis une évolution atténuée suivant le mode des tuberculoses fibreuses. Il s'agissait toujours de formes qui tendaient vers la guérison et dont la poussée actuelle est en rapport avec un facteur important de diminution de la résistance.

Nous trouvons que la 21^e année représente l'âge moyen

où les malades de cette catégorie ont été reconnus tuberculeux. De plus, nous remarquons, que dans les cas où l'évolution s'est poursuivie régulièrement depuis l'enfance sans l'intervention d'aucune cause favorisante, l'âge moyen est de 19 ans, alors qu'il est de 24 ans, dans les cas où l'intervention d'une cause seconde paraît avoir été nécessaire, comme si les lésions avaient été moins activement évolutives.

Ces faits sont d'ailleurs bien connus. Hillenberg², étudiant 1.000 cas de tuberculose à Leitz, déclare que sur 101 individus classés comme ayant reçu une « infection sévère » dans l'enfance, pas un seul n'avait dépassé l'âge de 40 ans.

Nous sommes convaincus que ces sujets dont l'infection infantile est prouvée, et se manifeste par des incidents pulmonaires multiples et répétés, sont des tuberculeux voués *précocement* à une évolution franche. Cette évolution est l'aboutissement normal, fatal, inéluctable, d'une maladie qui n'a jamais cessé d'évoluer.

6°). a) D'ailleurs cette évolution se produit dans plus de la moitié des cas, *sans l'intervention de la moindre cause favorisante*. Le passage entre l'état de santé suspecte et l'état de maladie révélée ne nécessite l'influence d'aucun des facteurs considérés habituellement comme anergisants. Beaucoup d'entre eux ont été séparés depuis longtemps de la source de contamination ; certains vivent depuis plus de dix ans dans un milieu sain ; malgré une bonne hygiène, une bonne nourriture, des séjours fréquents et prolongés à la campagne, l'absence

même de tout travail, la maladie évolue sans arrêt vers sa terminaison fatale. Nous citons 41 observations concernant cette catégorie de malades, ce qui représente 13,70 % de la totalité.

Nous remarquerons :

Que dans deux cas (observations 135 et 284) on observe dans les antécédents une adénopathie cervicale suppurée, contrairement à la loi de Marfan.

Que dans trois cas (observations 55, 75, 158), les malades ont supporté une grossesse qui n'a paru influencer en rien les lésions préexistantes.

b) Dans 38 observations, les lésions antérieurement existantes et ayant déjà manifesté leur activité, semblent avoir été aggravées par une *cause favorisante* intercurrente. C'est souvent à l'occasion de ce facteur qu'elles ont été découvertes.

Trois causes apparaissent au premier plan comme fréquence : la *grossesse*, le *surmenage* et le *refroidissement*.

Il est nécessaire tout d'abord que nous exposions la façon dont nous interprétons ces deux derniers facteurs qu'on retrouvera très fréquemment dans nos observations.

Nous appelons *surmenage* tout ce qui constitue un facteur supplémentaire de fatigue surajouté à l'activité normale de l'individu. Il est évident qu'il est difficile de délimiter ce qu'on peut appeler l'activité normale qui doit être essentiellement variable d'un sujet à l'autre. Mais nous ne tenons compte que des facteurs qui nous paraissent manifestement exagérés, comme intensité et comme durée.

C'est d'abord le *surmenage de travail*, ayant presque toujours comme but l'accroissement de ressources nécessitées par un accroissement des besoins ; c'est l'ouvrier en chambre qui « travaille aux pièces », l'artisan établi à son compte qui ne limite pas la durée de son labeur, c'est la ménagère besogneuse, souvent mère de famille nombreuse qui, en plus des multiples occupations du foyer, fait des « heures » comme femme de charge ; ce sont les sujets qui, en dehors de leurs occupations normales recherchent des tâches supplémentaires ; ce sont encore certains métiers qui nécessitent de longues veilles et une grande activité physique. Ces cas sont relativement fréquents et les conséquences qui en découlent paraissent imméritées.

On peut y opposer le *surmenage de plaisir* : c'est le surmenage de ceux qui s'amuse et cette préoccupation tient une grande place dans la vie des jeunes gens des villes. C'est la salle de danse, le cinéma, le théâtre, les veillées tardives qui s'accommodent mal avec la nécessité de reprendre le lendemain la tâche quotidienne et qui d'ailleurs s'associent souvent avec des privations ou des négligences alimentaires nécessitées par l'obligation de rétablir l'équilibre budgétaire domestique.

Le *surmenage génital* nous apparaît également comme un facteur extrêmement important ; mais malheureusement plus difficile à dépister. Soit qu'il s'agisse d'un appétit exagéré des sujets pour tous les plaisirs, et c'est ce qu'on a convenu d'appeler la « débauche », soit qu'il s'agisse de l'activité sexuelle exagérée, mais excusable de

la « lune de miel », de l'attrait du plaisir nouveau avec le désir sans cesse renouvelé.

Nous citerons enfin quelques cas où le surmenage *sportif* peut être incriminé comme facteur favorisant.

Nous avons, d'autre part, été frappés d'entendre souvent les malades incriminer le « refroidissement » comme ayant marqué le début d'un épisode pulmonaire. Souvent, il ne s'est agi que d'une sensation de froid subjective, d'un frisson, d'un malaise général ayant incidemment ouvert la scène clinique. Mais souvent aussi, et ce sont là les seuls cas que nous ayons retenus, il s'agissait d'un refroidissement vrai : c'est le cocher, l'ouvrier de plein air surpris par une pluie d'orage et qui n'en continuent pas moins leur travail, c'est le bain froid accidentel ; c'est la nuit passée dehors du vagabond et de l'acoolique, c'est le « coup de froid » saisissant à la sortie de l'atelier surchauffé ou de la salle de spectacle.

Ces accidents sont suivis presque toujours très rapidement de l'apparition de signes fonctionnels et généraux qui nécessitent l'alitement et presque toujours c'est une *manifestation pulmonaire* qui se déclanche. Qu'est au juste cette manifestation pulmonaire ?

Il est possible qu'il s'agisse d'emblée d'une poussée tuberculeuse bien qu'on ne songe généralement pas à en faire la preuve d'emblée.

Il est possible aussi qu'il s'agisse d'une infection quelconque banale, pneumococcique par exemple qui elle-même favorise le réveil des lésions tuberculeuses.

Les causes favorisantes relevées dans la catégorie de faits qui nous occupent, sont les suivantes :

La *grossesse* : 8 malades ont eu des grossesses et 7 fois c'est la grossesse qui a été le point de départ de l'évolution actuelle : 5 fois c'est la première grossesse qui est en cause, une fois la deuxième, une fois la troisième. Ajoutons-y une fausse-couche avec curettage suivie immédiatement d'une évolution rapide (observation 231).

Le *surmenage* peut être incriminé dans neuf observations : dans six cas, il s'agit de surmenage de travail, dans un cas de surmenage génital ; dans un cas, de surmenage sportif.

Dans sept observations, c'est le *refroidissement* qui en est la cause, presque toujours associé à un épisode pulmonaire aigu.

Les autres facteurs sont beaucoup plus rares :

Trois fois l'évolution rapide a succédé à la *grippe* épidémique.

Quatre fois on peut incriminer la *misère* et la *mauvaise hygiène* jointes aux privations.

Deux fois l'*alcoolisme* chronique est en cause.

On trouvera des observations isolées où les accidents pulmonaires ont été consécutifs à un traumatisme grave (observation 216), à une roséole syphilitique (observation 114), à une poussée rapide de croissance (observation 143).

Enfin, il est à relever qu'on trouve dans huit observations une nouvelle contagion à l'âge adulte, mais que dans un seul cas (observation 248), cette nouvelle contagion paraît avoir été directement suivie d'une poussée évolutive.

Pour ces individus, le fait d'avoir subi un nouveau

contact à l'âge adulte, de même que le fait d'avoir été exposé plus ou moins longtemps à la contagion familiale, ne semble avoir aucune influence sur l'évolution régulière, inéluctable de leurs lésions.

Nous remarquerons enfin, que pour tous les malades de cette catégorie, c'est à l'occasion de la *première cause favorisante*, du premier incident pathologique intercurrent que les lésions se sont aggravées. Nous n'avons trouvé que trois exceptions à cette règle et ces trois cas concernent des grossesses bien supportées.

B) Nous relatons maintenant une seconde catégorie de faits cliniques portant sur 68 observations concernant des sujets ayant eu dans l'enfance un *contact tuberculeux avéré, familial*, ou non, ou à défaut une *manifestation nettement tuberculeuse*.

Mais en aucun cas, aucun fait pathologique ne rattache directement l'incident de l'enfance à la maladie actuelle. Il y a eu entre les deux *un intervalle libre de toute manifestation tuberculeuse, une longue période de santé parfaite*.

1°) Nous nous sommes d'abord demandés, si, comparativement avec les cas étudiés au précédent chapitre, on pouvait noter des différences concernant *l'âge et la modalité de la primo-infection* supposée de l'enfance.

Il semble qu'il n'en est rien et nous retrouvons ici absolument les mêmes faits que précédemment.

a) Dans certains cas, le contact a eu lieu avant 16 ans, dans le milieu familial et nous ne pouvons que préciser l'époque exacte où il a cessé.

b) Nous retrouvons ici encore un certain nombre d'autres cas, où le contact avec la source de contamination a été *très prolongé* et même parfois persiste encore actuellement sans que cependant le moindre fait pathologique appréciable en ait été jusqu'ici la conséquence.

c) Enfin, nous avons rangé dans cette catégorie des observations dans lesquelles nous n'avons pu trouver la source de la contagion qui n'est pas dans le milieu familial, mais la preuve de l'infection de l'enfance nous est fournie par l'existence d'une manifestation nettement tuberculeuse : pleurésie, adénopathie, ou lésions ostéo-articulaires.

On objectera ici que ces manifestations ne sont pas nécessairement le fait d'une primo-infection riche et qu'il est au contraire admis que ces manifestations locales de la seconde enfance sont le fait des infections pauvres ou tout au moins discrètes. Mais nous n'avons pas voulu ranger ces faits avec ceux que nous rapportons dans notre deuxième chapitre exclusivement réservé aux malades dont nous ignorons tout de la primo-infection, à ceux chez lesquels il n'a jamais été question antérieurement de tuberculose.

Ces observations sont au nombre de 5 (Observations 30 36, 124, 170, 218), et, comme dans toutes, l'épisode actuel s'est déclanché à la faveur d'une cause favorisante *sans l'intervention d'une contagion nouvelle*, on peut admettre qu'il s'agit d'un réveil d'une primo-infection que nous savons certaine.

Ici encore, dans les cas où nous pouvons déterminer la fin du contact, la contamination paraît avoir été réa-

lisée tardivement, au cours de la seconde enfance : deux fois seulement la date de contamination est dans la première enfance, avant deux ans.

Nous avons relevé qu'elle avait dû avoir lieu :

4 fois avant 4 ans			
3	»	»	5 »
4	»	»	6 »
4	»	»	7 »
4	»	»	8 »
1	»	»	9 »
2	»	»	10 »
3	»	»	11 »
3	»	»	12 »
2	»	»	13 »
1	»	»	14 »
3	»	»	15 »

2°) Ici, l'histoire antérieure du sujet est une histoire de *santé parfaite* : absolument rien qui puisse traduire ou même faire penser à une activité tuberculeuse, si minime soit-elle.

Cependant très souvent, beaucoup plus souvent que dans les observations précédentes, cette période de bonne santé a été *traversée par des épisodes pathologiques intercurrents* non pulmonaires qui sont habituellement considérés comme des facteurs d'*anergie*. Il semble ici que la résistance soit plus solide, mieux établie : alors qu'au contraire, nous avons vu précédemment que les sujets qui présentaient des manifestations suspectes répétées étaient à la merci de la moindre cause favorisante.

3°) L'infection de l'enfance est ici encore contractée presque *toujours dans le milieu familial*.

Dans 25 cas, le père seul était tuberculeux.

Dans 16 cas, la mère seule était tuberculeuse.

Dans 7 cas, le père et la mère étaient tuberculeux.

Quatre fois relevèrent d'un autre parent vivant dans le milieu familial.

Six cas semblent avoir été contractés hors du milieu familial.

4°) Nous trouvons que cette catégorie se rapporte à 39 femmes et 29 hommes.

5°) Par contre, une notion plus intéressante se dégage lorsqu'on étudie l'âge auquel s'est révélée cliniquement la tuberculose insoupçonnée. Il s'agit ici beaucoup plus souvent d'individus plus âgés : 14 d'entre eux ont dépassé 35 ans et beaucoup plus souvent nous notons l'existence de formes fibreuses à évolution lente.

D'ailleurs la *moyenne générale* de l'âge des malades de cette catégorie *atteint 27 ans*.

6°) a. Enfin, sur les 68 observations de cette catégorie, 12 *seulement* ne présentent *aucune cause appréciable* à la base de l'évolution actuelle et encore parmi eux, quatre pourraient à la rigueur être expliqués : soit parce qu'il y a eu une manifestation antérieure suspecte (observations 183 et 150), soit parce qu'il y a eu une grossesse récente (observation 20), soit parce que les accidents paraissent avoir débuté au cours du service militaire avec surmenage (observation 12).

Il ne resterait par conséquent que huit observations

dans lesquelles nous n'avons pu comprendre, malgré la rigueur de notre enquête, pourquoi les sujets étaient devenus tuberculeux (observations 5, 7, 28, 72, 73, 136, 246, 251), ou plus exactement pourquoi leurs lésions latentes se sont réveillées.

b. Nous retrouvons encore ici avec une plus grande fréquence, les trois causes favorisantes principales que nous avons signalées précédemment : la *grossesse*, le *surmenage* et le *refroidissement*. Mais ici, un *nouveau facteur* apparaît peut-être plus important et qui doit être discuté : l'influence d'une *nouvelle infection tuberculeuse à l'âge adulte*.

Le *surmenage*, tel que nous l'avons défini, se retrouve dans 14 observations : 9 fois c'est le surmenage de travail, 5 fois le surmenage génital, une fois le surmenage de plaisir. Un certain nombre d'entre elles sont tout à fait caractéristiques et en particulier les observations 46, 100, 115, 137, 207, 227.

La *grossesse* et les accidents obstétricaux peuvent être invoqués dans dix observations, où d'une façon directe, immédiate, l'évolution tuberculeuse s'est produite soit au cours de la grossesse, soit après l'accouchement, soit au cours de l'allaitement. Ici, encore, c'est surtout l'influence de la première grossesse qui se fait sentir.

Mais il est intéressant de remarquer que 9 de nos malades ont supporté une ou plusieurs grossesses sans aucun incident et que dans 6 de ces cas, c'est une autre cause qui paraît devoir être incriminée.

Le *refroidissement* est incriminé dans 11 observations et en particulier on retrouvera 5 cas où ce facteur a été

accompagné très nettement d'un *épisode pulmonaire* à début brusque et à évolution aiguë qui paraît bien relever d'une infection intercurrente et c'est en réalité cette infection pulmonaire intercurrente qui a dû jouer le rôle capital (observations 115, 120, 145, 219, 144).

Dans 14 observations, il y a eu à l'âge adulte un *contact avéré avec un tuberculeux*.

Il faut d'abord mettre à part 5 observations dans lesquelles ce contact a été très prolongé, continu pendant plusieurs années, sans que rien ne permette de supposer qu'il a été efficient. Si c'est véritablement là la cause de l'évolution actuelle, on se demande pourquoi elle a mis si longtemps à se réveiller, d'autant plus qu'en général les occasions de réveil ont été multiples : l'observation n° 38 est assez caractéristique à cet effet ; pendant 10 ans, la malade habite avec son mari tuberculeux et supporte cependant 3 grossesses sans incident ; c'est à l'occasion d'un gros surmenage de travail, huit ans après sa dernière grossesse, que l'évolution tuberculeuse se déclenche (voir en outre les observations 189, 182, 200, 116).

Dans sept autres cas, il y a eu contact indiscutable et bien déterminé à l'âge adulte, mais c'est seulement 3 à 5 ans après la disparition du sujet bacillaire qu'on a vu survenir la première poussée que rien ne permettait de prévoir, à l'occasion d'une cause quelconque. Si donc ce facteur a eu une action, elle a attendu *bien tard* pour se manifester.

Il reste donc en définitive *deux cas*, où véritablement on a le droit de supposer que la *nouvelle infection a été le point de départ de la maladie*. L'observation 34 est la

plus caractéristique : la malade qui a reçu dans l'enfance une infection maternelle presque certaine, soignée en 1920 sa sœur tuberculeuse ; six mois après elle présente des adénopathies cervicales bilatérales, un an après on lui découvre des lésions pulmonaires indiscutables et enfin, l'action d'une grossesse se fait durement sentir sur l'évolution de ses lésions.

L'observation 137 est à peu près comparable ; six mois après un contact intime avec une sœur tuberculeuse, la malade fait à son tour une évolution rapide favorisée par un gros surmenage.

Parmi les autres facteurs favorisants, nous devons noter que l'évolution paraît dater dans sept cas de l'épidémie de grippe de 1918. Il semble que le malade a été atteint à cette époque par l'épidémie ; dans tous les cas des complications pulmonaires sont survenues et c'est à partir de ce moment qu'il a commencé à tousser. Mais depuis l'épidémie, six années se sont écoulées, ce qui prouve que le réveil n'avait pas dû être très actif, et, d'autre part, nous devons signaler que six autres malades, atteints également antérieurement par la grippe n'en ont aucunement ressenti les effets : il est vrai, cependant, qu'il s'agissait alors toujours de grippes simples non compliquées, complètement guéries en 3 à 5 jours.

Les *maladies débilitantes* prolongées jouent ici un rôle important. Il s'agit essentiellement de deux faits : d'une part les affections digestives ayant apporté un obstacle à l'alimentation soit directement, soit par l'effet du régime peu nutritif qu'elles avaient nécessité, et d'autre part,

le diabète. Notons, en passant, le cas curieux rapporté sous le n° 228, où une obstruction nasale accidentelle paraît avoir été suivie de nombreuses manifestations pulmonaires qui ont abouti à la tuberculose.

Dans quatre cas, l'origine des accidents paraît remonter à la guerre et être directement imputable aux fatigues et aux privations qui en furent la conséquence.

Notons encore un cas où l'évolution rapide des lésions est nettement en rapport avec une insuffisance hépatique d'origine alcoolique (observation n° 254).

Dans l'ensemble, les causes favorisantes que nous invoquons sont bien banales et il est un fait important qui doit frapper dans l'ensemble de ces observations, c'est que très nombreux sont les malades qui ont antérieurement supporté sans incident les mêmes facteurs dits anergisants.

Nous avons montré que pour dix grossesses favorisantes, neuf ont été bien supportées ; nous avons signalé que sur treize malades présentant la grippe dans leurs antécédents, sept seulement l'incriminent comme point de départ de leur maladie.

Nous ajouterons que sur dix-huit malades ayant fait toute la guerre au front, quatre seulement paraissent en supporter les conséquences ; que dans cinq observations, on relève dans les antécédents une syphilis certaine mal soignée et que la période secondaire que Lelong et Rivallier considèrent comme anergisante a été dans tous les cas parfaitement bien supportée.

CHAPITRE II

Il nous reste à étudier 153 observations concernant des adultes *qui n'ont pas présenté antérieurement le moindre incident personnel ou familial de tuberculose.*

Nous avons dit que nous voulions mettre à part vingt-huit observations concernant des campagnards transplantés chez lesquels il est possible que la primo-infection n'ait pas eu lieu.

I. Nous étudierons donc tout d'abord 125 cas de malades ayant *toujours vécu dans le milieu urbain.* Il est vraisemblable que la plus grande partie d'entre eux a dû contracter dans l'enfance une primo-infection banale silencieuse, pauci-bacillaire, vaccinnante, et qui, si on s'en rapporte aux idées actuelles, aurait dû être une véritable garantie d'immunité solide, une véritable assurance contre la tuberculose.

Nous allons examiner les différents facteurs qui peuvent être incriminés et apprécier leur valeur relative.

A) Dans toute une catégorie de faits : un facteur extrêmement important apparaît tout d'abord : c'est qu'il y a eu plus ou moins récemment, à l'âge adulte, une *nouvelle contagion possible*, c'est-à-dire que le malade a été

en contact certain à une époque beaucoup plus facilement déterminable de son existence avec un sujet tuberculeux avéré.

Nous ne tiendrons compte ici que des contacts intimes, prolongés, répétés, ceux qui ont eu toutes les chances d'apporter la contagion.

Est-ce à dire qu'un contact unique ou passager ne puisse être contaminant ? Est-ce à dire qu'il n'existe pas d'autres sources contagieuses que les tuberculoses pulmonaires ouvertes dont nous tenons seulement compte ? Nous sommes convaincus du contraire ; chacun, chaque jour, peut être exposé, sans s'en douter, à des infections occultes ; les tuberculoses génitales, urinaires, digestives, cutanées même peuvent être le point de départ des contagions : mais ce sont en tous cas, dit Léon Bernard des sources à débit pauvre, intermittent et rare. *On ne peut jamais affirmer qu'il n'y a pas eu possibilité de contagion.* Mais pour apprécier l'importance qu'on doit attribuer à ces nouvelles contagions pauvres, étudions donc tout d'abord comment se comportent les nouvelles contagions riches, certaines, indiscutables, celles qui devraient toujours être efficaces ou qui tout au moins ont le plus de chance de l'être.

Voyons donc quel a été ce nouveau contact tuberculeux, quelle a été sa durée, son importance et quel rapport il a pu avoir sur la maladie actuelle.

Dans 39 cas nous notons cette contagion :

Et il s'agit 22 fois d'un contact conjugal, 9 fois d'un contact familial, dans 8 cas, il est extérieur au milieu familial.

1°) La question de la *contagion conjugale* paraît être jugée par les nombreux travaux récents qui ont été publiés à ce sujet. Nous montrerons plus loin que l'ensemble de notre statistique donne des résultats qui sont parfaitement d'accord avec ceux des auteurs modernes. Voyons cependant quel a été l'effet de cette contagion dans les 22 cas qui nous occupent dans ce chapitre.

Tout d'abord il y a huit observations où l'effet de la contagion paraît avoir été net, direct, immédiat et même, dans quatre de ces observations, il n'y a eu *que la contagion*, c'est-à-dire que dans les mois qui ont suivi le mariage une tuberculose avérée s'est développée chez le second conjoint sans qu'on puisse incriminer aucune autre cause, quelle qu'elle soit. Ces cas paraissent donc les seuls véritablement indiscutables (observations 4, 110, 256, 271). Par contre, dans les quatre autres cas, au facteur contagion s'est associé un autre facteur favorisant qui est toujours *la grossesse* (observations 161, 187, 285, 287). Nous ne discuterons pas la question de savoir si à elle seule la grossesse aurait suffi pour réveiller une tuberculose latente et nous considérons que *dans ces 8 observations la contagion conjugale a été efficiente*.

Nous trouverons ensuite neuf observations où le contact conjugal a été *particulièrement prolongé* et même persiste encore. Il s'agit de contacts durant depuis 3 à 11 ans. Pendant toute cette longue période, le second conjoint n'a manifesté aucune activité tuberculeuse et soudain, alors qu'on pouvait le croire indifférent aux infections quotidiennement reçues, il est devenu tubercu-

leux. Mais ici, dans tous les cas sans exception, *une cause seconde est intervenue.*

Enfin, dans les cinq autres cas, le contact prolongé a cessé depuis plusieurs années et c'est alors que la source de contagion a disparu depuis longtemps que le deuxième conjoint est frappé et toujours, ici encore, à la faveur d'un nouveau facteur favorisant.

Dans 14 cas par conséquent la manifestation tuberculeuse chez le deuxième conjoint s'est produite *tardivement* à l'occasion d'une cause quelconque de diminution de résistance. Ceci ne veut pas dire que la contagion conjugale a été dans ces cas indifférente ; cela veut dire simplement qu'elle *n'a pas été directement et sûrement efficiente.*

Les autres cas de contagion nouvelle chez l'adulte, qu'ils soient *familiaux ou non*, peuvent prêter exactement aux mêmes considérations.

10 fois la contagion a été directement et précocement suivie d'évolution et six fois la contagion semble avoir agi seule sans l'intervention d'aucun autre facteur. Quatre fois, au contraire, une cause favorisante est intervenue.

Dans un cas, c'est seulement après quatre ans de contact familial malgré une grossesse intercurrente que la tuberculose se révèle à la faveur d'un surmenage de travail très marqué.

Dans cinq cas, enfin, le contact passager a cessé depuis plusieurs années et le réveil se produit consécutivement à une cause favorisante.

Dans l'ensemble, par conséquent, sur 39 cas où une

contagion nouvelle a été observée à l'âge adulte, 18 seulement peuvent être considérés comme relevant de cette contagion. Si on considère que ces 18 cas résument à peu près et au maximum tous les cas où la tuberculose de l'adulte paraît être en relation avec une contamination récente, on voit combien ce facteur apparaît exceptionnel.

B) Lorsqu'une nouvelle contagion n'intervient pas on peut, dans un grand nombre de cas, être amené à discuter le rôle favorisant de nombreuses affections intercurrentes considérées comme facteurs d'anergie. Il s'agit somme toute, dans ces cas, d'individus ayant eu une primo-infection pauvre et qui aurait dû leur conférer une immunité solide. D'ailleurs deux remarques s'imposent d'emblée :

1° Nombre de malades ont déjà été soumis antérieurement à des épisodes exactement semblables, qui n'ont cependant été suivis d'aucun effet pathologique.

2° L'âge moyen des sujets de cette catégorie est de *trente-six ans*, par conséquent, beaucoup plus élevé que dans les catégories précédentes.

On s'explique mal pourquoi une infection intercurrente, le plus souvent banale et passagère, *est suffisante dans certains cas, insuffisante dans d'autres*. Mais d'autre part on est frappé par ce fait que les causes favorisantes envisagées ici sont en général *mieux déterminées, plus importantes, plus prolongées* et souvent même qu'elles *s'associent* entre elles et que par conséquent elles paraissent plus graves que dans les autres cas précédemment étudiés.

Ce qui domine d'ailleurs, ce qui paraît prépondérant et efficient, dans le réveil de la tuberculose, surtout chez les individus âgés, c'est le rôle des *affections débilitantes prolongées*, qui mettent *pendant longtemps l'organisme* en état de moindre résistance.

Le *diabète* est peut-être la plus fréquente de ces maladies. Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la tuberculose en constitue la complication la plus redoutée.

En ce qui concerne les faits que nous avons observés dans le service de notre maître le Professeur Marcel Labbé, nous sommes convaincus que l'immense majorité des *diabètes graves avec dénutrition azotée et acidose* se compliquent toujours mais plus ou moins tôt de tuberculose. Mais celle-ci est difficile à diagnostiquer. Elle reste longtemps latente, gardant souvent les caractères classiques d'une affection « sèche, froide et sans réaction ». Bien souvent, seul l'examen radiographique est capable d'apporter la certitude et encore à la condition que cet examen soit *systématiquement répété*. Nous possédons des clichés de diabétiques acidosiques absolument négatifs dans les premiers mois de l'évolution, et des clichés des mêmes malades six mois ou un an plus tard, révèlent les lésions très étendues. C'est donc en nous basant sur la répétition des examens que nous nous autorisons à dire que presque *tous les diabètes graves* se compliquent de tuberculose, surtout depuis que le traitement insulinique prolonge l'évolution du diabète. Bien que beaucoup plus rare, *l'association avec le diabète simple*, sans dénutri-

tion azotée, se trouve cependant dans quatre de nos observations.

Peut-on, chez ces malades, incriminer un autre facteur : la contagion hospitalière ? M. le Professeur Marcel Labbé remarque que la tuberculose s'observe plus souvent dans le milieu hospitalier que dans la clientèle de ville. Mais est-ce parce qu'une contagion nouvelle est intervenue ?

Actuellement, les tuberculeux sont soigneusement isolés dans les hôpitaux parisiens et les salles de médecine générale où sont recueillis les diabétiques offrent vraiment peu de chances de contamination même chez des sujets certainement plus réceptifs que d'autres et en tous cas, présentant presque toujours une cuti-réaction faible.

A côté du diabète, se placent immédiatement les *affections digestives chroniques* : ulcères de l'estomac (observations 101, 266) ou ulcère du pylore (observations 118 et 276). Dans ces cas, il est indiscutable que c'est surtout la restriction alimentaire qui paraît le véritable facteur de la débilitation de l'organisme. Par contre, il faut bien remarquer que l'immense majorité des ulcères et même des néoplasmes gastriques ne sont pas suivis de tuberculose. Nous avons même rapporté le cas d'une malade qui fut exposée dans son enfance à un contact riche, puis soumise à un contact conjugal prolongé. Bien qu'ayant succombé à un cancer de l'estomac ayant évolué pendant huit mois, il fut impossible à l'autopsie de découvrir la moindre des lésions pulmonaires (Obs. 301).

Les autres causes débilitantes que nous avons rencontrées sont la *fièvre typhoïde* (observation 61), un *cancer*

du sein avec métastases cutanées multiples (observation 268) et une *encéphalite épidémique* compliquée de chorée (observation 112). Il est juste d'ajouter à ces cas deux faits particuliers de *traumatismes graves* : fracture de cuisse et blessure de guerre (observations 141 et 180), qui, par la durée de l'immobilisation et du séjour au lit, peut-être aussi à cause des interventions chirurgicales avec anesthésie qu'ils ont nécessité, se sont comportés comme des facteurs débilissants.

Ici encore le rôle du *surmenage* nous apparaît comme très important, et intervient dans treize observations. Presque toujours, il s'agit d'un surmenage très marqué et très prolongé, presque toujours associé à d'autres causes et en particulier à la misère, aux privations et à la mauvaise hygiène.

Le *refroidissement* simple, peut être incriminé plusieurs fois, mais ce sont surtout les *infections pulmonaires* sans doute banales qui paraissent jouer le rôle le plus important. Il convient d'ailleurs de rapprocher de ces faits quatre observations où la *grippe épidémique* paraît avoir réveillé l'évolution bacillaire et toujours il s'agissait d'une *grippe pulmonaire*.

Dans quatre observations nous retrouvons encore le rôle des fatigues de la guerre et associées, ici, plus souvent, à des intoxications par les gaz de combat.

Enfin, et en dernier lieu, nous parlerons de la *grossesse*. C'est seulement dans quatre observations que son rôle paraît avoir été déterminant et ceci n'est pas sans surprendre si nous considérons que dix-sept malades ont eu des grossesses antérieures, parfois multiples et parfaites.

tement bien supportées. Aussi, en envisageant l'ensemble de nos observations nous a-t-il semblé qu'autant la grossesse est capable de réveiller une tuberculose atténuée et susceptible de provoquer une poussée évolutive, autant son rôle apparaît exceptionnel lorsqu'elle agit sur le terrain bien résistant d'une primo-infection pauvre.

C) Il nous reste maintenant 25 cas dit *inexplicables*. Il s'agit de *tuberculoses de l'adulte dans lesquelles on ne trouve ni antécédent, ni contagion nouvelle, ni même une cause favorisante appréciable*. Ce chiffre peut paraître élevé et il est certainement au-dessus de la vérité. Nous avons, en effet, groupé dans ce cadre tous les cas douteux, imprécis, pour lesquels l'explication ne pouvait être franche, et nous verrons en examinant de plus près ces observations que nombre d'entre elles présentent des suspicions, mais seulement des suspicions, qui autoriseraient peut-être à les rattacher à l'une quelconque des catégories précédentes.

En effet, dans cinq cas, il y a eu quelque chose de suspect dans l'entourage : les observations 21 et 23 rapportent le cas d'une mère bronchitique ; dans l'observation 105, il s'agit d'un père emphysémateux. Dans l'observation 172, trois collatéraux sont morts en bas âge ; dans l'observation 194, le mari a perdu, quelques années auparavant, une première femme de tuberculose.

Trois autres cas présentent un épisode suspect dans l'enfance ; soit un épisode pulmonaire anormalement prolongé, mais unique et duquel nous ne savons rien (observation 40), soit un état d'anémie, de fragilité, de

débilité, analogue à celui qu'on trouve souvent chez les enfants tuberculeux (observations 277 et 292).

Trois fois, bien que le malade n'incrimine pas le refroidissement, le début a été brusque, soudain, imprévu, analogue à celui des infections aiguës ; toujours on a parlé dans ces cas de congestion pulmonaire, mais bientôt on a découvert qu'il s'agissait de tuberculose (observations 14, 212, 230).

Une fois, enfin (observation 109), c'est au cours du service militaire qu'est apparu le premier épisode suspect, pleurétique en l'espèce.

Par conséquent, le nombre des cas de tuberculose de l'adulte véritablement mystérieux, inexplicable, se résume, en réalité à *treize* (4,3 %).

Il faut remarquer que ces cas portent sur *dix-huit hommes et sept femmes* ; que ces malades sont pour la plupart assez âgés ; la moyenne des âges étant de *trente-trois ans* et enfin dix-sept sur vingt-cinq ont résisté antérieurement sans défaillance à des facteurs qui auraient pu être favorisants.

Il est véritablement curieux de constater que quatre malades ont mené à bien une ou plusieurs grossesses : l'observation 215 par exemple a trait à une femme de 46 ans qui a supporté six grossesses successives avec allaitement, et qui, trois ans après la dernière, brusquement, sans cause, a fait une hémoptysie marquant le début d'une évolution rapide.

Treize hommes sur dix-huit ont fait la guerre au front, la plupart dans des conditions très pénibles ; six d'entre eux ont subi de graves blessures, telles qu'amputation

(observations 40, 94) ; deux ont eu la dysenterie (observations 94, 230) ; un a été intoxiqué par les gaz de combat (observation 86) et malgré cela, ce n'est que quatre ou cinq ans après la guerre, sans aucun incident dans l'intervalle, sans qu'aucun nouveau facteur appréciable puisse être invoqué, que l'évolution tuberculeuse s'est déclanchée.

II. Nous avons groupé dans une dernière catégorie les sujets *ayant passé toute leur jeunesse à la campagne dans un milieu vraisemblablement indemne de tuberculose*. Aucun d'eux n'a présenté antérieurement la moindre manifestation suspecte et c'est un temps plus ou moins long après l'arrivée à Paris que les accidents tuberculeux sont survenus.

Il est possible que chez certains malades de cette catégorie la primo-infection ait pu manquer, mais il est impossible de le prouver. D'ailleurs, il faudrait admettre alors que cette primo-infection a dû se réaliser rapidement après l'arrivée à Paris, soit d'une façon banale s'il n'y a pas eu de contagion riche et répétée, soit, au contraire, d'une façon particulièrement grave, si l'infection a été massive et nous devrions observer alors dans ces cas des lésions typiques rappelant la tuberculose de la primo-infection du nourrisson. Or, dans aucun des cas, l'aspect radiologique des lésions et surtout les constatations nécropsiques, quand elles ont pu être faites, n'ont pu nous faire confirmer l'existence d'une forme anatomique particulière.

Il est donc vraisemblable que c'est artificiellement que nous isolons cette catégorie de faits et que le nombre

des cas où la primo-infection a pu manquer est sans doute exceptionnel, même dans le milieu campagnard. De plus, ajoutons que dans la plupart de ces observations, notre enquête a manqué de vérifications solides et que, trop souvent, nous avons dû nous fier uniquement aux dires des malades.

Quoiqu'il en soit, dans douze de ces observations, on peut suspecter une *contagion récente* : huit fois, elle est extrêmement nette : 4 contagions conjugales, toutes avec grossesses favorisantes, une contagion familiale par un collatéral, une contagion domestique, deux contagions de bureau. Dans quatre autres cas, la *contagion est présumable* : il s'agit chaque fois d'un transplanté ayant exercé plusieurs mois la profession de garçon chez un marchand de vin populaire et si l'on admet que le « cabaret » est, par excellence, un réservoir riche en bacilles, on peut supposer que ce facteur n'est peut-être pas négligeable. Presque toujours d'ailleurs lorsqu'il n'y a pas eu de contagion nette ou présumable, on trouve une *cause favorisante* : surmenage, privations, grossesse, etc. Trois cas, enfin, à transplantation toute récente, se sont développés sans aucune cause appréciable.

Dans l'ensemble, il est à remarquer la fréquence de la tuberculose *précoce, presque toujours d'allure sévère*, chez ces déracinés. Apportent-ils avec eux une susceptibilité particulière ? Le changement considérable dans leurs habitudes et dans leur hygiène, la misère habituelle qu'ils viennent chercher à la ville, sont-ils suffisants à expliquer cette fréquence ?

Deuxième Partie

CHAPITRE I

L'Origine familiale de la Tuberculose pulmonaire

De tous temps, les auteurs ont été frappés de la présence de la tuberculose chez les descendants des tuberculeux. C'est d'ailleurs de ce fait qu'est née la croyance populaire à l'hérédité de la phtisie. Les recherches modernes tendent à faire admettre qu'il faut renoncer à peu près complètement aux dogmes de l'hérédité de graine et de l'hérédité de terrain. En ce qui concerne la première enfance, les travaux de nos maîtres, MM. Léon Bernard et Debré ont établi que la gravité de la tuberculose du premier âge dépendait essentiellement de la richesse de la contamination infantile et que, soustrait à ce contact infectant, l'enfant de tuberculeux, non seule-

ment échappait à la maladie, mais était susceptible, dans la grande majorité des cas, de croître et de se développer aussi bien que l'enfant né de famille saine. On sait maintenant que la primo-infection tuberculeuse se réalise dans l'enfance, mais qu'elle se fait suivant des modalités diverses : s'agit-il d'une contamination riche, familiale ou non, précoce, répétée, la gravité est immédiate et bien peu de ces sujets atteignent la seconde enfance ou l'âge adulte. S'agit-il, au contraire, d'une contamination pauvre, banale, latente cliniquement et uniquement extériorisée par l'apparition de la cuti-réaction, on tend à admettre qu'elle constitue un état de résistance, de vaccination vis-à-vis de nouvelles infections tuberculeuses.

Nous avons vu justement que les malades adultes que nous avons examinés se divisent en deux grandes catégories et que dans une catégorie de faits très importants on pouvait incriminer la richesse d'une infection de l'enfance prouvée et définie, et c'est dans le milieu familial que dans l'immense majorité des cas, la primo-infection a dû être contractée.

De nombreuses études statistiques ont essayé de fixer la fréquence relative des antécédents familiaux de tuberculose.

Les chiffres sont assez variables, mais concordent dans l'ensemble pour prouver la fréquence considérable de ces faits.

Leudet (de Rouen) trouve des antécédents familiaux dans 50 % des cas ; *J.-E. Squire*, dans 32,5 %. L'enquête

de Mosny donne des chiffres beaucoup plus bas : 28 % seulement.

Brück et Steimberg, sur 300 cas étudiés à Breslau, ont noté dans 30 % des cas une infection familiale dans l'enfance, mais il faut y ajouter 11 % d'autres cas où l'infection familiale s'est prolongée à l'âge adulte.

Tillish, sur 841 cas, trouve 20 % d'infections familiales au-dessous de 12 ans, et 44 % si l'on englobe les infections familiales tardives.

Von Hayeck, sur 11.000 cas étudiés, dans le milieu militaire, montre que 40 % avaient des histoires de tuberculose familiale dans leurs antécédents.

Govaerts, dans une statistique portant sur trois générations, montre que dans les familles à antécédents tuberculeux le pourcentage des descendants tuberculeux atteint 12,9 à 27 %, tandis que dans les familles saines, ce pourcentage a été seulement de 2,9 à 3,1 %.

Sur les 300 malades que nous avons étudiés, 137 présentent des antécédents familiaux nets ou présumables de tuberculose, ce qui donne une proportion de 45,6 %.

Mais, qui dit antécédents familiaux de tuberculose, dit-il que c'est là l'origine exacte et indiscutable de la maladie de l'adulte ?

Il est de fait, qu'il est possible que la contamination ait pu se faire, surtout chez l'enfant déjà grand, en dehors du foyer familial. Elle a pu être contractée auparavant, d'une manière banale, pauvre, méconnue. Mais le fait doit être assez rare puisque même dans la seconde enfance, la primo-infection est loin d'être encore universelle. Von Pirquet trouve seulement 35 % de cutiréactions po-

sitives entre 7 et 10 ans, et 50 % entre 11 et 14 ans, et parmi celles-ci, une grande majorité a dû être puisée justement dans le milieu familial.

Dans les cas où cette primo-infection a été contractée auparavant, le sujet a pu opposer à la contagion familiale un terrain relativement immunisé, mieux résistant et peut-être indifférent aux nouvelles infections bien que rien ne nous autorise à l'affirmer.

Notre statistique ne peut donc, de ce fait, être diminuée que d'un nombre minime de cas. Mais, d'autre part, un nombre sans doute important de malades chez lesquels on ne trouve pas d'antécédents familiaux connus, du fait même que l'enquête porte sur des adultes, ont pu cependant recevoir des contaminations occultes puisées aux mêmes sources familiales. On observera que si ces contaminations sont restées occultes, c'est justement parce qu'elles étaient pauvres et par conséquent moins susceptibles de créer des tuberculoses graves. C'est ce qui doit être vrai le plus souvent, mais rien cependant ne nous autorise à affirmer dans tous les cas qu'elle l'a été. Nous connaissons bien ces tuberculoses florides, fibreuses, à évolution indéfinie, qui présentent une expectoration bacillifère continue, ou intermittente et qui sont des sources riches — et combien ignorées — de bacilles. Nous avons d'ailleurs, dans cette enquête, retrouvé plusieurs de ces cas en examinant les ascendants suspects.

C'est par exemple le cas rapporté dans l'observation n° 4 ; on est étonné de trouver une mortalité importante par tuberculose parmi les descendants. Or l'enquête nous a montré que le père, âgé de 76 ans, tousse depuis l'âge

de 32 ans à la suite d'un épisode pulmonaire mal défini et nous avons trouvé chez lui une expectoration bacillaire importante.

C'est encore l'observation n° 47, où à l'examen d'une tuberculose rapidement évolutive chez un des enfants, nous avons appris que le père présenta en 1907 une poussée pulmonaire qui le fit soigner pour tuberculose pendant cinq mois et depuis laquelle il continue à tousser. On lui trouve seulement actuellement des signes de sclérose du sommet droit avec rétraction costale et trachéale, mais pas d'expectoration bacillaire.

Nous ne voulons pas multiplier ces faits dont tout le monde connaît des exemples. Donc, si d'une part, il est possible que parmi les malades ayant des ascendants tuberculeux, il faut retrancher quelques cas dont l'origine de la contamination a pu se faire hors du milieu familial, d'autre part, nombre de cas, sans antécédents bacillaires avérés, ont pu cependant être contaminés de cette façon et ces cas nous semblent peut-être plus fréquents que les premiers.

Un autre argument est donné par *Mosny* : « Il y a
« nombre de cas, dit-il, où en dépit de la tuberculose des
« parents, l'infection bacillaire des enfants doit selon
« toute probabilité être attribuée à toute autre origine :
« ce sont les cas où l'époque de la mort de parents tu-
« berculeux est si lointaine et la date du début apparent
« si récent qu'il semble bien impossible qu'il puisse y
« avoir eu transmission directe du germe par les parents
« à leurs enfants ».

Ce sont justement les faits que nous avons mis à part,

en étudiant les malades qui, après avoir eu une contamination probable dans l'enfance, ont cependant présenté un long intervalle de santé parfaite entre cette contamination et l'évolution actuelle. Ce sont ceux chez lesquels aucun épisode pathologique antérieur ne permet de rattacher directement à l'incident de l'enfance la maladie de l'adulte.

Nous avons montré qu'un certain nombre de cas (14) ont eu une nouvelle contamination connue à l'âge adulte : mais nous avons montré qu'en étudiant les cas de très près, c'est seulement dans deux d'entre eux qu'on peut dire sûrement que cette nouvelle contagion a sans doute été efficiente.

D'où viennent alors tous les autres ? Malgré l'espace parfois considérable qui sépare les deux étapes, nous croyons que l'une est la conséquence de l'autre. D'ailleurs anatomiquement, ces faits sont indiscutables. On a trouvé à l'autopsie de malades morts par une autre cause, des lésions latentes, insoupçonnées, qui, cependant étaient importantes et susceptibles de réveil. Mais ce n'est pas là l'argument que nous voulons invoquer. Il suffit de comparer le nombre des descendants tuberculinisés d'une part chez ceux qui ont des ascendants tuberculeux et d'autre part chez ceux qui n'en ont pas.

Nous ne parlons pas de la mortalité infantile, qui est considérablement plus élevé dans la première catégorie que dans la seconde comme on devait le supposer. Nous parlons seulement des cas de tuberculose *révélés après seize ans*.

Comment se fait-il que plusieurs frères et sœurs, adul-

tes, séparés d'une part depuis longtemps du milieu d'infection et séparés d'autre part, les uns des autres, deviennent tuberculeux en plus grand nombre. Par quelle coïncidence étrange auraient-ils tous été de nouveau contaminés à peu près simultanément à l'âge adulte.

Voici les chiffres que nous donne l'étude de nos observations :

1°) 125 familles ayant des ascendants tuberculeux ont eu 501 enfants :

Mortalité dans la première enfance

(avant 2 ans)..... 77 15,4 %

Mortalité par tuberculose dans la se-

conde enfance et à l'âge adulte.. 91 18,2 %

Actuellement tuberculeux..... 186 37,2 %

2°) 129 familles ne présentent pas d'ascendants tuberculeux connus et ont eu 609 enfants :

Mortalité dans la première enfance 47 7,7 %

Mortalité par tuberculose dans la se-

conde enfance et à l'âge adulte.. 19 3,1 %

Actuellement tuberculeux..... 134 22 %

Si on compare globalement les cas de tuberculose observés dans les deux catégories de faits, on voit donc que :

55,4 % des enfants de tuberculeux sont devenus tuberculeux.

25,4 % des enfants de parents sains sont devenus tuberculeux.

On a également montré que dans le milieu familial les contaminations d'*origine maternelle* sont relativement plus fréquentes. Ce fait qui est incontestable en ce qui concerne les contaminations de la première enfance, apparaît encore dans la tuberculose de l'adulte, d'origine familiale.

Nous avons en effet relevé :

148 enfants de *mères tuberculeuses* dont 96 sont devenus tuberculeux, soit 64,8 %.

242 enfants de *pères tuberculeux*, dont 134 sont devenus tuberculeux, soit 55,8 %.

59 enfants avaient le *père et la mère tuberculeux*, dont 39 ont été contaminés, soit 56,5 %.

La tuberculose d'origine familiale est donc incontestablement la plus fréquente. Mais, comment se fait-il qu'un certain nombre d'enfants échappent, non pas à la contamination, mais à la maladie évolutive ? Pourquoi et comment sont-ils épargnés ?

Tout d'abord il faut remarquer que dans 32 familles il n'y a pas eu d'épargnés, c'est-à-dire que tous les enfants sont morts. Mais, il faut distinguer deux catégories de faits : la première comporte 11 familles où la mortalité s'est produite dans la première enfance et ces cas sont tous superposables : au moment où s'est produite la contamination, le ou les plus jeunes ont été mortellement frappés, le ou les aînés ont résisté, mais leur tuberculeuse a évolué à l'âge adulte, et parfois même sans arrêt depuis l'enfance. C'est l'exemple rapporté dans l'observation 114 : deux enfants de 3 et 4 ans meurent la même année, de méningite tuberculeuse, contaminés

par le père ; les deux aînés, âgés à cette époque de 9 à 11 ans, ne présentent aucun incident dans l'adolescence, mais deviennent tous les deux tuberculeux à peu près à la même époque, à 19 et 21 ans.

Une autre observation est plus typique encore (n° 259). Une mère tuberculeuse perd successivement sept enfants soit de méningite, soit d'accidents pulmonaires, tous avant l'âge de 7 ans ; un seul, l'aîné, survit jusqu'à 14 ans. Notre malade est enlevée du milieu familial à 3 ans, mais elle est déjà contaminée, elle est chétive tousse souvent et se développe mal. A 14 ans et à 17 ans, elle fait des hémoptysies, et à 23 ans, une poussée grave de tuberculose évolutive soignée en sanatorium.

La deuxième catégorie de faits comporte 21 familles où tous les enfants ont été atteints à un *âge plus avancé, de tuberculose* ; il est vrai de dire qu'il s'agit presque toujours de familles peu nombreuses : 2 ou 3 enfants et en général, d'*âge très voisin*. Il semble que contaminés à la même époque, de la même façon, ils se sont comportés de la même façon, au point de vue de l'évolution ultérieure de leurs lésions.

Certaines sont instructives :

(Observation n° 145). — En 1908 le père devient tuberculeux et meurt au bout d'un an de maladie. A ce moment, il a quatre filles âgées de 17, 16, 14 et 5 ans. Cette dernière meurt quelques mois avant le père d'une méningite tuberculeuse. Les trois autres enfants ne présentent aucun incident, toutes trois se sont mariées et la vie les sépare complètement les unes des autres : depuis

cinq ans, elles ne se sont pas revues. En 1920, la troisième fille devient tuberculeuse à 24 ans : c'est celle que nous étudions. En 1922 et en 1923, les deux aînées, à leur tour, deviennent malades et sont actuellement soignées en sanatorium.

On trouvera encore (observation n° 176), l'histoire de trois frères qui sont devenus tuberculeux à 38, 36 et 32 ans, 30 ans après la mort de leur mère.

Nous voyons donc que dans 32 familles sur 120, il n'y eut pas un seul enfant épargné, *c'est dire qu'un quart des familles de tuberculeux disparaît* : tous les membres devenant tuberculeux.

Dans 55 familles, seuls les aînés ont été épargnés et cependant ils avaient tous été soumis, — sauf dans trois cas, — à la contagion familiale, comme leurs autres collatéraux. Mais étant déjà, pour la plupart, âgés à cette époque de plus de 10 ans, auraient-ils contracté leur primo-infection auparavant et par conséquent opposé à la contagion un terrain déjà immunisé, ou bien à cause de leur âge, ont-ils échappé à la contagion massive et grave ? Ces deux hypothèses doivent être vraies, selon les cas envisagés, sans qu'on soit autorisé à choisir entre elles. Mais toutes ces observations sont à peu près superposables. La contagion familiale a tué les petits ; les plus âgés ont atteint l'âge adulte et sont devenus tuberculeux ; les aînés sont épargnés jusqu'à présent, du moins, mais souvent leur âge déjà avancé autorise à penser qu'ils le sont définitivement.

Dans trois cas, parmi les précédents, on trouve une explication nette au fait que les aînés ont été épargnés :

c'est qu'ils avaient quitté le milieu familial avant le début de la maladie de l'ascendant contagieux.

Nous en avons une observation typique (n° 150). La mère meurt de tuberculose deux ans après sa sixième grossesse ; ses six filles sont vivantes à cette époque. Les trois aînées, âgées de 15, 13 et 11 ans sont toutes trois en pension au moment où leur mère est tombée malade ; « On a même évité de les faire venir pendant les « vacances qui ont précédé la mort ». Toutes trois sont actuellement indemnes. Les trois puînées sont âgées de 8, 3 et 2 ans. Les deux dernières meurent dans les deux ans qui suivent la mort de leur mère. L'autre, notre malade, présente des accidents multiples de bronchites pendant l'adolescence et à 18 ans, devient tuberculeuse évolutive.

De même, nous voyons dans l'observation n° 9 et dans l'observation n° 52 que les aînés, épargnés, avaient été soustrait à la contagion familiale.

Il faut rapprocher de ces faits, quatre autres cas, où ce sont au contraire les derniers nés qui sont épargnés, mais pour une raison analogue : ils sont nés d'un second mariage, après la mort du sujet contaminant (observations 113, 121, 250, 78).

Nous avons donc, au total, 59 familles où les épargnés ont été soit les aînés, soit ceux qui n'ont pas été soumis à la contagion familiale. Cette règle est donc vraie dans 49 % des cas.

Il nous reste 26 familles où nous n'avons pu établir aucune règle, où la contagion semble choisir parmi les enfants. Mais si nous regardons les faits de plus près,

nous voyons que ces épargnés sont tous (à cinq exceptions près), des jeunes sujets, certains sont encore des adolescents, d'autres n'ont pas dépassé 25 ans, et nous sommes convaincus que, pour eux, la tuberculose familiale n'a pas encore dit son dernier mot ; que la seule chose qu'on puisse dire, c'est qu'ils sont épargnés *jusqu'à présent*.

CHAPITRE II

Rôle de la Contagion chez l'Adulte. La Tuberculose conjugale

Nous avons pu montrer que pour une part importante la tuberculose de l'adulte était en rapport avec l'infection tuberculeuse contractée dans l'enfance : soit directement, par une évolution continue des lésions de primo-infection, soit indirectement, par un réveil de ces lésions endormies ou latentes constituant ce qu'on a pu appeler la *réinfection endogène*.

Mais, pour une autre part, la tuberculose de l'adulte ne peut pas être rattachée avec certitude à une contagion dans l'enfance. S'agit-il alors de nouvelles *contagions exogènes* contractées à l'âge adulte ?

Ces nouvelles contagions sont aussi impossibles à nier que difficiles à prouver : quant à leur existence d'une part, quant à leur rôle efficient d'autre part.

Elles peuvent être, en effet, de deux ordres :

Les contagions *légères*, minimes, accidentelles, répétées, sont inconnues et inconnaissables. Ces infections

additionnelles sont-elles capables de déterminer la maladie évolutive ? Nous ne voulons pas entrer sur ce point dans une discussion purement théorique.

Nous nous bornerons à essayer de dégager le rôle déterminant que peuvent jouer les contagions nouvelles, *nettement précisées*, bien connues quant à leur durée tout au moins.

Le nombre des adultes qui ont été exposés à une nouvelle contagion est assez important ; nous en trouvons 73 sur 300. Mais dans quelles proportions ce contact nouveau peut-il être incriminé comme le point de départ de la maladie ?

Il est un certain nombre de cas indiscutables où il a été suivi *directement et précocement* de manifestations tuberculeuses, auxquelles on ne peut trouver aucune autre origine. Mais ces cas sont les plus rares. Beaucoup plus souvent, — sans vouloir dire que cette contagion nouvelle a été certainement indifférente, — son efficacité peut être discutée.

Le meilleur argument en faveur de la rareté de la contagion entre adultes est d'ailleurs fourni par l'étude de la *tuberculose conjugale*. Les chiffres trouvés dans les nombreuses statistiques varient considérablement, mais ces variations tiennent à ce que certains auteurs se sont bornés à relever les cas de *coïncidence* d'une tuberculose chez les deux conjoints, sans tenir compte des cas nombreux où la maladie pouvait exister auparavant et venir d'une autre source. Les travaux modernes par contre mettent bien en évidence la rareté de la contagion conjugale.

Roussel, dans sa thèse, conclut que la contagion tuberculeuse est rare entre époux, même dans la classe ouvrière et ne se produit qu'après une longue cohabitation : elle ne dépasse pas 5,2 % de sa statistique globale.

Vitry, dans une statistique récente, montre que la proportion des contagions « vraisemblables » atteint 16 %, en tenant compte des cas dépistés aux visites de prophylaxie et ne présentant que des signes cliniques suspects, sans bacilles dans les crachats. Mais si on considère les cas certains, avec expectoration bacillaire, cette proportion se réduit à 6 % des cas.

Pour notre part, nous avons étudié 167 ménages dans lesquels un des conjoints était tuberculeux. Dans 35 cas, nous avons découvert l'existence d'une tuberculose chez le second conjoint ; mais, si on élimine les cas où il y a infection riche et manifeste de l'enfance, les cas où la tuberculose existait avant mariage, il nous reste uniquement 12 cas de contagion vraie, qui paraissent indiscutablement efficientes, soit 7,1 %.

Presque toujours la maladie ne s'est révélée qu'après un *contact prolongé* variant entre deux et huit ans, et c'est seulement dans quatre observations que l'évolution s'est déclanchée moins d'un an après le mariage. Sur ces douze observations, neuf se rapportent à des cas de contamination de la *femme par le mari*, et dans six d'entre elles, un *incident génital* (grossesse ou fausse-couche) a joué un rôle favorisant.

Il semble donc acquis que même dans le milieu de choix qu'est le milieu conjugal, la contagion entre adultes est rare. Or, en dehors de ce milieu, les contacts

sont forcément moins intimes, moins répétés, moins certains.

Nous allons examiner pour l'ensemble de nos observations les effets de cette contagion.

Les 73 cas où nous avons relevé une nouvelle contagion à l'âge adulte, y compris les cas conjugaux, peuvent se diviser en trois catégories :

1° Dans un certain nombre de faits (20 cas sur 73), le rôle de la contagion nouvelle peut être rejeté : parce que la *maladie existait auparavant*, que nous en connaissons la source, et que ce nouveau facteur semble cliniquement n'avoir rien ajouté.

2° Dans d'autres cas, la contagion nouvelle n'a été suivie directement d'aucune manifestation tuberculeuse, la maladie est apparue *longtemps après la fin du contact*.

C'est dans 25 cas qu'on peut dire que, si la contagion a été efficace elle n'a eu en tous cas qu'un *effet retardé* et parmi ces cas, il faut encore remarquer que plus de la moitié (13) ont trait à des sujets ayant eu une infection familiale riche qui peut tout aussi bien être incriminée.

3° Enfin, dans 28 cas, l'évolution tuberculeuse a suivi *directement*, le contact nouveau et nous pouvons dire que globalement, c'est seulement dans la proportion de 9,3 % des cas que la tuberculose de l'adulte peut être rapportée à une contagion nouvelle.

1° Dans la première catégorie de faits, nous rejetons le rôle de la contagion : d'abord parce qu'il s'agissait d'une primo-infection riche, connue, qui avait antérieurement manifesté son activité ; il est inutile d'en multiplier les exemples qu'on trouvera dans nos observations : (4, 44,

52, 75, 81, 99, 101, 139, 167, 225, 253). Une des plus typiques est l'observation n° 99, où la preuve de l'infection de l'enfance par le père est fournie par la présence de lésions osseuses et ganglionnaires et par une polymortalité collatérale par tuberculose. De multiples incidents pulmonaires marquent dans l'adolescence et à l'âge adulte, l'évolution des lésions et le contact de deux ans avec un mari tuberculeux, lui aussi depuis l'enfance, n'active en aucune sorte cette évolution.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une infection continue familiale s'étant exercée pendant plusieurs années et bien que ce contact ait cessé depuis longtemps, l'évolution tuberculeuse qui s'était manifestée auparavant, *a continué son cours ni plus ni moins vite qu'auparavant* (obs. 59, 185, 216).

Dans deux cas, assez particuliers, il y a eu infection certaine de l'enfance, mais sans manifestations consécutives. La tuberculose s'est développée à l'âge adulte, coïncidant avec un nouveau contact. Mais dans ces deux cas, d'autres collatéraux soumis à la même infection de l'enfance sont devenus également tuberculeux à l'âge adulte, bien que pour eux on ne puisse incriminer un nouveau contact. (Obs. 202-70).

2° Dans la deuxième catégorie de faits, la contagion semble *n'avoir manifesté ses effets que plusieurs années après la fin du contact*.

Ces cas sont évidemment discutables, car il est probable que pour un certain nombre d'entre eux, les lésions ont pu évoluer silencieusement et être méconnues pendant ces intervalles. L'apparition tardive des manifesta-

tions cliniques évolutives n'est pas un argument formel contre la contagion.

Mais il faut cependant faire remarquer que sur les 25 cas de cette catégorie, 13 concernent des sujets ayant présenté une infection familiale connue dans l'enfance et qui, sans contagion nouvelle, seraient sans doute devenus tout de même tuberculeux à l'occasion du facteur favorisant qui a marqué le début de la maladie. D'ailleurs c'est en moyenne de trois à dix ans après la fin du contact que s'est révélée dans ces cas l'évolution tuberculeuse et il nous semble que, plus cet intervalle est grand, moins on peut incriminer la contagion.

Certains sujets d'autre part ont vu mourir successivement leurs frères et sœurs à l'âge adulte, qu'ils aient été soustraits ou non à cette époque à une contagion nouvelle. Dans l'observation 144, on voit l'histoire d'une famille de tuberculeux où la mortalité a surtout frappé les adultes. La malade que nous étudions a vécu au moins cinq ans en milieu contagieux et deux de ses frères, restés au foyer familial, ont succombé à 29 et 20 ans, de tuberculose.

Mais un autre frère et une sœur, sont également morts de tuberculose bien qu'ils aient quitté depuis longtemps le milieu infecté. Et quant à notre malade elle-même, ce n'est que cinq ans après la cessation de tout contact suspect que se déclare sa maladie à la suite d'une infection pulmonaire aiguë intercurrente. On trouve une histoire comparable dans l'observation n° 37.

Dans certains cas, enfin, une affection réputée comme anergisante s'est produite au moment même du con-

tact suspect et ne semble cependant pas avoir favorisé la contagion.

3° Il nous reste donc 28 cas dans lesquels la *contagion nouvelle paraît avoir joué un rôle directement efficient.*

Dans 6 d'entre eux, la contagion s'est exercée sur un terrain à primo-infection de l'enfance connue mais non antérieurement évolutive ; mais l'apparition immédiate des symptômes cliniques oblige à prendre ce nouveau facteur en considération.

Les autres cas concernent des sujets n'ayant présenté antérieurement aucune manifestation tuberculeuse : 14 ont trait à des citadins, 8 se rapportent à des campagnards transplantés.

L'origine de toutes ces contagions est d'abord le milieu conjugal et nous retrouvons ici les 12 observations de contamination conjugale dont nous avons parlé. Dans 11 autres cas, la source de l'infection est trouvée dans le *milieu familial* et principalement dans les collatéraux. Certaines d'entre elles sont très caractéristiques (observations n^{os} 65, 112, 149, 206, 239).

Enfin, dans cinq observations, la contagion a été prise en *dehors du milieu familial* :

Dans l'observation n° 18, la malade paraît avoir été contaminée par une amie d'atelier avec laquelle elle était intimement liée. Dans deux cas (n^{os} 48 et 233), il s'agit de jeunes domestiques contaminés par les personnes qui les employaient. Par contre, dans l'observation n° 133, c'est au contraire l'employé qui paraît avoir infecté sa patronne.

Il est un milieu où la contagion devrait être réalisée

fréquemment : c'est le *milieu hospitalier* et surtout les services spéciaux de tuberculose. On entend couramment rapporter des cas d'infirmières ou d'étudiants qui seraient devenus tuberculeux dans ces conditions. Nous n'avons malheureusement pas pu étudier ces faits avec toute la précision que nous aurions désiré. Mais, d'après ce que nous avons observé, il nous semble que la contamination hospitalière est moins fréquente qu'on ne le croit généralement. On doit trouver bien souvent à la base de ces soit-disant contaminations, des infections tuberculeuses infantiles d'origine familiale et nous serions curieux, en particulier, de savoir, parmi les infirmières qui ont été reconnues tuberculeuses au cours de leur service, combien ont été employées dans un service de tuberculeux et combien, au contraire, viennent des services de chirurgie ou de médecine générale.

En tous cas, nous devons rapporter les remarques intéressantes de *Brunon*, qui constate que la mortalité par tuberculose n'est pas plus élevée parmi le personnel de l'hospice général de Rouen, que dans la population rouennaise.

M. le D^r Guinard, directeur du Sanatorium de Bligny, nous a dit personnellement n'avoir jamais observé un seul cas de contagion parmi son personnel au cours de sa longue et belle carrière de phthisiologue.

Il nous semble donc que la contagion joue en réalité un rôle beaucoup moins important qu'en apparence, dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

CHAPITRE III

Les Facteurs favorisants

I. — LA GROSSESSE

Le rôle exercé par la grossesse sur la tuberculose a donné lieu, dans ces dernières années, à de nombreuses publications qui traduisent des opinions complètement opposées.

Pour Bar, Jannin, Nobécourt et Paraf, Rist, la grossesse se comporte comme une véritable complication de la tuberculose pulmonaire et détermine souvent l'éclosion et l'évolution de lésions restées latentes jusque-là.

Pour d'autres, tels que Chambrelent, Pinard, Dumarest, Forssner, la grossesse ne favorise pas l'apparition de la bacillose ; elle est souvent indifférente à l'évolution des tuberculoses préexistantes ; parfois même elle exerce une action favorable.

La vérité est sans doute dans le juste milieu. L'étude des faits cliniques montre que la tuberculose est tantôt aggravée, tantôt indifférente à l'action d'une grossesse

intercurrente. « Pour une femme en puissance de tuberculose qui devient enceinte : autant de chances « d'échapper aux mauvais effets d'une maternité que de « risques d'y verser ». (Léon Bernard).

Nous avons rapporté les observations de 150 femmes parmi lesquelles 71 ont eu des grossesses et nous avons noté dans 46 cas l'influence favorisante de la grossesse, soit comme facteur de réveil d'une tuberculose latente, soit comme facteur d'aggravation de lésions préexistantes.

Le plus souvent, comme l'ont d'ailleurs démontré de nombreux auteurs, et en particulier Bar, Léon Bernard, c'est dès la première grossesse que les accidents se déclanchent et nous constatons que sur nos 46 grossesses favorisantes, il y a 32 primipares pour 16 multipares.

Mais deux faits nous ont paru intéressants à rapporter : c'est, d'une part, que la grossesse a une action beaucoup plus constante chez les femmes ayant reçu une infection riche dans l'enfance, et c'est, d'autre part, la fréquence des contagions nouvelles efficientes à l'occasion d'une grossesse.

Sur 28 femmes ayant eu dans l'enfance une infection tuberculeuse connue, 20 sont devenue tuberculeuses à la suite d'une grossesse (71,4 %) et dans 14 cas, c'est la première grossesse qui est en cause.

Sur 45 femmes chez lesquelles on ne sait rien de l'infection de l'enfance, et que nous considérons comme des primo-infections pauvres, 26 sont devenues tuberculeuses à la suite d'une grossesse (57 %) et la première grossesse est incriminée dans 18 observations.

Les faits sont encore plus nets lorsqu'on considère la catégorie de malades qui ont présenté dans leur enfance une série d'incidents pathologiques traduisant l'activité de leurs lésions de primo-infection. Chez ces sujets, la grossesse est rare, parce qu'il s'agit presque toujours de malades très jeunes, mais sur 8 d'entre elles ayant eu une grossesse, 7 en ont subi directement et rapidement les effets néfastes.

Dans les deux catégories de malades la proportion des multipares est sensiblement la même. Mais là encore il y a une différence assez notable dans le nombre des grossesses bien supportées.

C'est pour les malades ayant reçu une primo-infection riche qu'on peut dire surtout que, si quelques-unes résistent à une première grossesse, bien peu résistent à la seconde et pour ainsi dire pas à la troisième.

Chez les autres, au contraire, on rencontre plus volontiers de grandes multipares. *Ce n'est que dans cette catégorie que nous trouvons des femmes ayant supporté plus de 4 grossesses* : 3 d'entre elles ont eu 8, 9, 5 et 6 grossesses et sont devenues tuberculeuses pour une autre cause. Quatre autres ont vu leur maladie se dévoiler à la 4^e, à la 7^e et même dans un cas à la 12^e grossesse et dans tous ces faits d'ailleurs, il est rare que la grossesse seule soit en cause, car qui dit multiparité dans le milieu hospitalier habituel, dit le plus souvent misère, privations et surmenage associés.

Il nous semble donc que la grossesse est d'autant plus à craindre que la primo-infection a été importante et surtout suivie de manifestations évolutives. Elle fournit

à la maladie qui sommeillait l'occasion d'un réveil ; elle est le premier faux-pas qui fait trébucher une santé chancelante ; elle agit au même titre que n'importe laquelle des autres causes favorisantes et sa fréquence relativement à celles-ci est sensiblement égale.

Nous avons montré que la contagion nouvelle à l'âge adulte peut être beaucoup plus souvent incriminée chez la femme que chez l'homme et on a expliqué cette fréquence par la multiplicité des épisodes génitaux qui sont chez celle-là des facteurs de diminution de la résistance. Cette façon de voir nous paraît entièrement justifiée. Nous avons relevé que *sur 23 malades exposées à des contagions conjugales et ayant eu des grossesses, 17 sont devenue tuberculeuses*, et si on considère que la contagion même conjugale est si rare chez l'adulte, on ne peut manquer d'être frappé par ce fait que l'état de gravidité est celui qui favorise le plus cette contagion.

II. — LA GUERRE

Il a été démontré surabondamment que la guerre a été un facteur important de développement de la tuberculose. Non seulement elle a été pour la plupart des tuberculeux latents l'occasion d'un réveil plus ou moins précoce, mais encore, il semble qu'un grand nombre de sujets vigoureux, classés dans le service armé sont devenus tuberculeux à cause d'elle. Mais actuellement nous pouvons juger les faits avec plus de recul et il semble bien que, du moins pour ceux qui survivent encore

actuellement, le rôle de la guerre est peut-être plus inconstant qu'on aurait pu le supposer.

Sur les 150 tuberculeux examinés, 73 ont fait la guerre : c'est à la guerre que 15 d'entre eux seulement doivent incontestablement leur tuberculose.

Dans 7 cas, c'est sous sa seule influence que le réveil ou l'évolution se sont produits ; 8 fois un autre facteur s'est surajouté : 2 fois la captivité, 2 fois le paludisme, 3 fois l'intoxication par les gaz de combat et une fois un refroidissement brusque avec infection pulmonaire aiguë consécutive. Dans ces 15 observations, il faut dire que le réveil a été discret, et que la maladie évolue depuis, suivant le mode torpide et fibreux.

Il n'en reste pas moins 58 malades qui ont pour la plupart accompli toute la campagne dans des conditions très dures et qui, cependant, ne sont devenus tuberculeux que 3 à 6 ans après leur retour au foyer et à l'occasion souvent d'une cause favorisante beaucoup moins importante.

Nous trouvons ici encore que la guerre a plus souvent manifesté ses effets chez les sujets ayant une infection riche dans l'enfance ; sur 26 malades de cette catégorie, 9 sont devenus tuberculeux pendant la guerre et il est juste de dire que la plupart des autres ont accompli la campagne dans des conditions particulièrement douces. Sur 47 sujets à primo-infection pauvre, 6 seulement font dater, à juste titre, leur tuberculose de la guerre et encore 3 d'entre eux ont-ils été intoxiqués gravement par les gaz, un autre a subi une dure et longue captivité.

Parmi ceux qui ne sont devenus malades que longtemps après la guerre, presque tous sont des soldats d'infanterie, 5 ont été gravement blessés, 2 ont subi une longue captivité, 4 ont été intoxiqués par les gaz et malgré cela, bien que rien ne nous autorise à dire que sans la guerre ils seraient quand même devenus tuberculeux, ce n'est pas à ce moment-là que leur maladie s'est déclanchée. Ces individus qui étaient destinés à devenir tuberculeux ont fait campagne sans défaillance. Peut-être en supportent-ils les conséquences retardées, mais chez aucun d'eux, il n'y a eu depuis de nouvelle contagion.

III. — LE REFROIDISSEMENT ET LES INFECTIONS PULMONAIRES INTERCURRENTES

Nous avons été frappé, en interrogeant les malades, de constater que beaucoup d'entre eux incriminaient le refroidissement comme point de départ de la maladie. En analysant les faits de très près, il semble incontestable que très souvent (45 cas sur 300), c'est bien un coup de froid accidentel, *bien déterminé*, qui a été l'occasion d'un *incident pulmonaire* qui, par la suite, plus ou moins précocement, a été reconnu de nature tuberculeuse. Il est impossible le plus souvent de préciser si l'épisode pulmonaire a été d'emblée *une poussée tuberculeuse*, ou si, au contraire, il s'est agit d'une *infection aiguë intercurrente*. Dans un certain nombre de cas, il semble bien que cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable.

Trois observations (118, 92, 299) se rapportent inconspicueusement des *pneumonies lobaires franches aiguës* à début subit et à terminaison brusque au 8^e jour. 13 autres cas paraissent se rapporter à des *congestions pulmonaires* à évolution aiguë en 3 à 5 jours, plus rarement subaiguës en 10 à 15 jours. Dans tous les cas, c'est après la guérison clinique de ces épisodes, que la toux s'est installée d'une façon chronique, que peu à peu l'état général s'est altéré et que bientôt une localisation tuberculeuse pulmonaire s'est installée, presque toujours, — à deux exceptions près — *sur le même poumon qui avait été antérieurement atteint.*

IV. — LA GRIPPE

De ces faits il faut rapprocher ceux où la grippe épidémique paraît avoir été le facteur étiologique principal de l'évolution bacillaire. Nous n'avons tenu compte, bien entendu, que de la *grippe épidémique vraie de 1918-1919* et de deux cas de grippe épidémique survenus dans l'hiver 1923-1924, mais bien individualisés par leurs caractères cliniques.

Sur 28 malades ayant été atteints de la grippe épidémique, il en est 16 qui ont vu cet épisode pathologique marquer le début de leur tuberculose : 15 d'entre eux, avaient eu une grippe prolongée et *compliquée de manifestations pulmonaires* diverses ; une seule signale une *grippe compliquée de phénomènes gastro-intestinaux* également prolongés et tenaces, ayant nécessité un régi-

me diététique sévère. Il faut dire que dans presque tous les cas, la tuberculose a évolué depuis suivant une allure torpide. Sur 16 malades ayant un passé de tuberculose dans leur enfance et qui ont eu la grippe, 10 peuvent incriminer cette maladie comme point de départ de leur tuberculose ; les six autres n'avaient eu que des gripes *simples*, non compliquées, guéries en 3 à 6 jours.

Sur 12 malades ne présentant aucun passé de tuberculose, 6 ont commencé à ce moment leur évolution bacillaire. Parmi les 6 autres on trouve 5 gripes simples et une grippe compliquée. S'il est incontestable que la grippe est une affection anergisante (Debré et Jacquet), il semble bien que *cette anergie est d'autant plus importante que la grippe se complique de manifestations pulmonaires.*

V. — LES AUTRES AFFECTIONS ANERGISANTES

Nous avons relevé 19 observations de malades ayant présenté une évolution bacillaire consécutivement à une *affection débilitante médicale* et 7 observations où il s'agit d'*affections chirurgicales* graves pouvant être considérées comme facteur de diminution de la résistance.

Tous ces cas, sauf deux, concernent des individus à *primo-infection pauvre*, chez lesquels rien ne pouvait faire supposer qu'une évolution tuberculeuse était à craindre.

Les affections médicales incriminées sont essentiellement d'*ordre digestif ou nutritif.*

Le diabète est incontestablement un facteur important de réveil des lésions tuberculeuses. Nous avons observé dans le courant de l'année, dans le service de notre maître, le Professeur Marcel Labbé, 15 cas de diabète étudiés complètement au point de vue pulmonaire : sur six diabétiques avec dénutrition azotée et acidose, 4 sont devenus *tuberculeux avérés*, les autres sont suspects, mais la preuve bactériologique n'a pu être faite. Sur neuf diabétiques sans dénutrition azotée, quatre sont également tuberculeux. Par conséquent, plus de la moitié de nos diabétiques d'hôpital sont tuberculeux avérés et c'est seulement chez deux d'entre eux que nous avons pu retrouver une histoire suspecte dans l'enfance. Chez aucun d'eux, nous n'avons pu suspecter une contagion récente, la contagion d'hôpital nous paraissant à rejeter, car tous n'ont séjourné que dans les salles de Médecine générale de la Pitié, où il n'y a pas de tuberculeux.

La maladie évolue chez les diabétiques avec une latence particulière et son diagnostic est souvent difficile à faire. Le malade, dont nous rapportons l'observation sous le n° 117 est un bel exemple. Radiographié à son entrée dans le service, il y a un an, aucun défaut de transparence ne put être noté. Mais peu à peu, le malade se mit à tousser et à cracher abondamment. Trois examens directs ne révélèrent pas de bacilles de Koch ; après homogénéisation, quelques rares microbes sont seulement découverts. Au point de vue clinique, on note quelques râles discrets au sommet gauche, avec un peu de submatité. A droite, la respiration est seulement rude et soufflante, et cependant, un nouveau cliché fait en octo-

bre 1924 révèle des lésions extrêmement étendues, bilatérales et cavitaires.

Des *maladies organiques du tube digestif* apportant un obstacle à l'alimentation sont également des facteurs importants de tuberculose. Deux malades peuvent accuser une *entéro-colite* rebelle et prolongée. Dans deux autres cas, il s'agit de *sténose pylorique* et dans deux autres d'*ulcère de la petite courbure*.

Dans l'observation n° 258 nous rapportons l'histoire d'un malade qui présente des antécédents personnels et familiaux de tuberculose. Mais la maladie paraît évoluer lentement suivant le mode fibreux. Récemment se développa un *rétrécissement cicatriciel de l'œsophage* apportant un obstacle mécanique à l'alimentation et entraînant un amaigrissement de 17 kilos. Très rapidement, apparaissent alors des signes d'une évolution ulcéro-caséuse à marche rapide.

Dans quatre observations, la *fièvre typhoïde* s'est comportée comme une maladie anergisante et a été directement suivie de tuberculose. Par contre, deux autres malades, malgré une typhoïde grave, ne sont devenus tuberculeux que plusieurs années après et par une autre cause.

Dans l'observation n° 112, il semble que c'est à la suite de l'*encéphalite épidémique* suivie de manifestations choréiformes que la tuberculose est apparue.

Dans un autre cas (obs. 114), il faut incriminer une *syphilis secondaire* sévère comme cause d'anergie, mais il faut remarquer que huit de nos malades, syphilitiques avérés, ont parfaitement supporté l'anergie possi-

ble de la période secondaire, bien qu'ayant pour la plupart été traités insuffisamment, et ne sont devenus tuberculeux que plusieurs années après.

Nous n'avons pu relever que huit observations où l'*alcoolisme* paraît avoir joué le rôle prépondérant. Quatre d'entre eux présentaient des *signes d'insuffisance hépatique* nette et tous les quatre ont d'ailleurs présenté des formes rapidement mortelles.

Enfin dix de nos malades sont des cardiaques : six mitraux, deux aortiques, deux rétrécissements pulmonaires. Chez tous on trouve une autre raison pour expliquer leur tuberculose, mais il est possible que leurs lésions cardiaques en aient favorisée l'évolution.

A côté de ces facteurs de débilitations et d'anergie, il faut faire une place aux *surmenages* tels que nous les avons définis. C'est dans 60 cas que nous avons pu faire intervenir l'action d'un excès de travail ou de plaisir : 27 se rapportent à des sujets ayant reçu une infection riche de l'enfance, 33 appartiennent à l'autre catégorie de malades. Tous ces surmenages sont incontestablement des facteurs graves de moindre résistance, souvent ils s'associent entre eux, souvent les privations alimentaires, la misère, la grossesse y surajoutent leurs effets.

Dans l'ensemble l'étude des causes favorisantes est assez décevante. On verra dans nos observations qu'il y a presque autant de malades qui ont résisté à une ou plusieurs d'entre elles que de malades en ayant subi les effets néfastes. Certaines d'entre elles (diabète, affections digestives, infections pulmonaires aiguës) paraissent véritablement importantes. Les autres semblent insignifian-

tes ; on les incrimine parce qu'on ne trouve rien d'autre à incriminer, et souvent parce qu'il y a un inconnu dans l'histoire du malade adulte. *Ces causes sont d'autant plus actives qu'elles agissent sur des sujets déjà richement bacillisés ;* elles réveillent surtout les tuberculeux qui ne demandent qu'à se réveiller. Elles ne sont que l'occasion d'un réveil, mais la maladie a une source plus profonde, plus ancienne : elle est presque toujours facteur de l'infection de l'enfance qu'on retrouve dans près de la moitié des cas, mais qui, dans l'autre moitié, a dû échapper bien souvent.

Résumé statistique

I^{re} CATÉGORIE.

Sujets ayant eu dans leur passé une histoire avérée ou présumable de tuberculose : 147 soit 49 %.

a) Les uns ont présenté une *histoire subcontinue*, une série d'incidents pathologiques : 79 soit 26,46 %.

Parmi ceux-ci l'épisode actuel s'est développé :

Sans cause : dans 41 cas, soit 13,70 %.

Avec cause : dans 38 cas, soit 12,70 %.

Ces causes sont :

Grossesse	3	%
Surmenage	3,43	%
Nouvelle infection	1,43	%
Refroidissement	2,33	%
Diverses	2,60	%

b) Les autres ont eu au contraire une longue période de *santé parfaite* entre l'infection de l'enfance et l'épisode actuel : 68 soit 22,54 %.

Sans cause : dans 12 cas, soit 4 %.

Avec cause : dans 56 cas, soit 18,64 %.

Ces causes sont :

Grossesse	2,10 %
Surmenage	4,33 %
Refroidissement	3,66 %
Nouvelles infections	2,96 %
Diverses	5,67 %

II^e CATÉGORIE.

Aucune histoire avérée ou présumable de tuberculose dans les antécédents : 153 soit 51 %.

A) Cas où la primo-infection a vraisemblablement été réalisée (citadins) : 125 soit 41,82 %.

a) Une nouvelle contagion a eu lieu à l'âge adulte : 39 soit 13,38 %.

Mais, seuls 18 cas paraissent indiscutablement relever de cette contagion, soit 6 %.

b) Il n'y a pas eu de contagion nouvelle, mais une cause favorisante intervient : 61, soit 19,66 %.

Surmenage	4,33 %
Refroidissement	4,33 %
Maladies débilitantes	4,66 %
Grossesse	1,33 %
Diverses	5,01 %

c) *Cas inexplicables : 25 soit 8,78 %.*

B) Cas où la primo-infection a pu manquer : tuberculose des campagnards transplantés : 28 soit 9,18 %.

Souvent il y a eu contagion récente : 13 cas, soit 4,22 pour cent.

Sinon une cause favorisante est intervenue.

Observations

PREMIÈRE CATÉGORIE

a) Malades ayant présenté une Histoire subcontinue d'Incidents pathologiques

OBSERVATION IV

Mlle Her..., 29 ans, comptable (malade externe).

Histoire de la malade. — Née et élevée jusqu'à l'âge de 13 ans, dans un village de Flandres, elle paraît avoir été épargnée par les maladies de l'enfance, mais fut constamment « difficile à élever » et soignée pour « anémie ». De plus, elle a toujours toussé.

A 13 ans, elle arrive à Paris avec sa famille, termine ses études à 15 ans, et entre dans un bureau l'année suivante, comme secrétaire. A 16 ans, elle fait une *bronchite* grave, prolongée et fébrile. En 1914, *congestion pulmonaire* aiguë, suivie d'une convalescence de 3 mois.

En 1920, à 26 ans, poussée fébrile, avec *réaction pleurale sèche*, gros amaigrissement, mauvais état général.

Depuis cette époque, la malade peut être considérée comme atteinte d'une *tuberculose fibro-caséuse chronique*, hémoptoïque, évoluant par poussées survenant deux ou trois fois par an, avec améliorations passagères de moins en moins mar-

quées. Grosse poussée évolutive actuelle, compliquée de pyurie suspecte.

Etat actuel des lésions. — Infiltration dense du tiers supérieur du poumon gauche avec aspect en mie de pain, forte rétraction trachéale, cardio aortique et costale.

Quelques taches à contours estompés dans la région périhilaire droite.

Histoire familiale. — Père. — Actuellement âgé de 76 ans, interrogé et examiné : tousse depuis 32 ans, à la suite d'une « pneumonie », qui a duré 3 semaines. C'est le type du vieux catarrheux, avec *expectoration bacillaire constatée*.

Mère. — Interrogée et examinée, paraît saine au point de vue pulmonaire. Elle a eu 10 enfants à terme ; pas de fausses couches.

1. Fille de 35 ans, qui a présenté l'an dernier une pleurésie séro-fibrineuse ponctionnée dont elle paraît guérie.

2. Fille qui aurait 32 ans, morte, à 6 mois, d'entérite.

3. Fille de 31 ans, actuellement bien portante, ayant perdu l'an dernier un fils de 10 ans, de méningite tuberculeuse, soigné à Trousseau.

4. Notre malade.

5. Un garçon mort à 7 ans, de méningite (?).

6. Un garçon mort en 1919, à 18 ans, de *phthisie galopante*, malade 9 semaines.

7. Un garçon mort à 2 ans (?).

8. Un garçon mort à 11 ans, d'albuminurie (?).

9. Une fille morte à deux mois d'entérite.

10. Une fille morte à 3 mois de convulsions.

Interprétation. — De cette belle famille de 10 enfants, victime de la bacilliose torpide paternelle, nous remarquons que les derniers nés sont morts d'affections diverses mais où la tuberculose peut souvent être suspectée. Seuls les aînés ont résisté, sauf la deuxième fille, née justement l'année de la « pneumonie paternelle ». Des trois survivantes, deux sont sûrement tuberculeuses, et en particulier notre malade dont la poussée actuelle paraît des plus sévères.

Notons enfin pour cette dernière, un facteur qui nous paraît important dans l'éclosion de cet épisode récent : l'apparition récente d'une vie génitale active, la malade ayant quitté il y a quatre mois le milieu familial pour vivre maritalement avec un homme de 32 ans, examiné et reconnu radiologiquement sain.

OBSERVATION XIX

Mlle Sylv..., 16 ans, sans profession, salle Quesnay, n° 19.

Histoire de la malade. — A 5 ans, a fait une *bronchite grave* qui met ses jours en danger.

A 11 ans, varicelle.

A toujours été souffreteuse et *toussait fréquemment*.

A 14 ans. 1/2, puberté et apparition progressive de signes d'imprégnation bacillaire (août 1922).

En décembre 1922, apparaît une *pleurésie gauche* non ponctionnée, mais déjà elle tousse et crache : la fièvre persiste et les signes pulmonaires se précisent. Depuis cette époque, évolution progressive, sans rémission, pour aboutir actuellement à la cachexie tuberculeuse.

Evolution des lésions. — 15 janvier 1923 : lobite supérieure droite.

15 avril 1923 : lobite supérieure droite avec spélonques et taches au niveau du lobe inférieur, foyer péri hilare gauche.

Mai 1924 : spélonques bilatérales dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires.

Histoire familiale. — Mère. — Morte *tuberculeuse*, à 36 ans, il y a 9 ans, à la salle Quesnay (tuberculose ulcéro-caséuse rapide développée à la suite d'une grossesse), (avait perdu sa mère de tuberculose pulmonaire).

Père. — Tousse depuis quelques mois, actuellement soigné dans un sanatorium.

Un frère mort il y a huit ans, peu de temps après la mère, dans le courant de sa 1^{re} année.

Une sœur âgée de 19 ans, examinée et reconnue indemne de tuberculose, a été élevée à la campagne à partir de l'âge de 10 ans, c'est-à-dire à partir de la naissance du dernier enfant.

Interprétation. — Il s'agit ici incontestablement d'une tuberculose par contamination maternelle riche, rapidement évolutive, depuis la puberté. Le fait le plus intéressant est l'histoire de la sœur aînée qui, jusqu'à présent du moins, semble avoir échappé à la tuberculose, mais qui avait quitté le foyer familial justement à l'époque où la mère devenait gravement contagieuse.

OBSERVATION XXXVII

Mlle Quer..., 17 ans, vendeuse dans la chaussure, salle Quesnay, n° 17.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Blois jusqu'à l'âge de 16 ans, elle est venue à Paris l'année dernière. Elle dit n'avoir jamais été malade, mais son aspect général est celui d'une enfant chétive, gracile, mal développée. Elle n'est d'ailleurs pas réglée. Elle est sujette aux rhumes et tousse tous les hivers.

Depuis trois mois, sont apparus progressivement des signes d'imprégnation bacillaire : amaigrissement, fièvre, sueurs, anorexie. En mai dernier, survient une *hémoptysie* abondante et liée à une poussée évolutive sérieuse qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de l'apex gauche avec aspect spéléoncaire sous la clavicule. Taches et aspect en nid d'abeilles au niveau du tiers moyen.

A droite : aspect normal.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 53 ans et paraissant bien portant.

Mère. — Morte de *tuberculose pulmonaire*, il y a deux ans, après un an de maladie.

Le père s'est remarié aussitôt, et après 6 mois de ménage, *la deuxième femme est reconnue bacillaire* et soignée actuellement dans un sanatorium.

6 enfants.

1. Mort il y a 3 ans, à 24 ans, de *tuberculose pulmonaire*.

2. Sœur de 25 ans, tousse actuellement et est atteinte de *laryngite chronique*. A perdu un enfant, de *méningite tuberculeuse*.

3. Sœur de 23 ans. Reconnue indemne après examen radiologique.

4. Sœur de 19 ans. Reconnue indemne après examen radiologique.

5. Notre malade.

6. Frère de 11 ans. Actuellement à Hendaye, chétif et toussur.

Interprétation. — Il s'agit nettement d'une tuberculose familiale, d'origine maternelle, et qui a déjà fait trois victimes, peut-être 4.

Mais pourquoi deux sœurs ont-elles été épargnées, jusqu'à présent tout au moins ? Rien ici ne peut nous l'expliquer : la sœur de 23 ans avait quitté la famille depuis 3 ans, mais l'aînée aussi était partie depuis cinq ans. La sœur de 19 ans, par contre, était restée comme notre malade en contact intime avec la mourante.

Une autre interprétation pourrait être invoquée : c'est le frère aîné qui a été atteint le premier. Il est revenu du service militaire déjà gravement atteint et est mort seulement au bout de deux ans de maladie. Serait-ce lui qui aurait contaminé sa mère et ses sœurs ? Mais la sœur cadette, celle de 25 ans, était déjà mariée avant son retour, avait quitté Blois et n'y est jamais revenue.

OBSERVATION XXXIX

M. St..., 39 ans, garçon de bureau, salle Chomel, n° 21.

Histoire du malade. — « Sans avoir jamais fait de vraie maladie, il a toujours été malade. Petit, il était chétif et souffreteux. « On pensait qu'il mourrait jeune ». Adolescent, il ne peut rester en apprentissage parce qu'il est toujours fatigué. A 20 ans, il est ajourné pour faiblesse de constitution, puis il accomplit 30 mois dans le service auxiliaire et est mis en réforme après une crise rhumatoïde qui n'a pas touché le cœur. Maintenu réformé en 1914, pour tuberculose pulmonaire, il continue à « essayer les bureaux dans un ministère, la seule chose qu'il ait jamais pu faire » (!).

Il y a six mois, sans cause appréciable, un « gros rhume est « survenu » : l'expectoration, qui existait depuis toujours est devenue purulente et il a fait une hémoptysie en juin dernier qui l'a amené à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Rétraction costale, trachéale, médiastinale à droite, diaphragme festonné, cul-de-sac voilé et mousse.

A gauche : Opacité du tiers supérieur avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 56 ans de *tuberculose pulmonaire* (le malade avait 6 ans).

Mère. — Morte de vieillesse à 72 ans.

Ni frère, ni sœur.

Interprétation. — Il semble s'agir d'une tuberculose de la primo infection qui n'a pas cessé d'évoluer sur le mode torpide et qui brusquement prend une allure ulcéro-caséuse évolutive, sans cause appréciable et en particulier sans nouvelle contagion ; le malade vit avec une femme âgée de 36 ans « robuste luronne ».

OBSERVATION XLIV

Mlle Gar..., 21 ans, couturière, salle Quesnay, n° 27.

Histoire de la malade. — Elevée à Paris, a fait à 7 ans, une bronchopneumonie primitive et passe ensuite un an à la campagne chez ses grands-parents. Mais, depuis cette époque, a toujours toussé, faisant chaque hiver plusieurs rhumes, et des « gripes » avec fièvre. Il y a deux ans, un de ces épisodes aigus la tient deux mois au lit. Cependant elle aurait été, peu après, examinée dans un dispensaire et déclarée indemne de tuberculose.

Récemment, il y a deux mois, sans aucune cause connue, la maladie s'est mise à évoluer rapidement.

Etat actuel des lésions. — Lésions bilatérales peu denses, mais disséminées dans toute l'étendue des deux poumons.

Histoire familiale. — Père mort à 49 ans d'un phlegmon de l'amygdale, avait eu une pleurésie à 28 ans.

Mère. — Actuellement atteinte de *tuberculose fibro-caséuse* à marche lente, avec expectoration bacillaire pour laquelle elle a été soignée l'an dernier dans le service du Professeur Léon Bernard.

Un frère de 9 ans, actuellement à Berck, pour le Mal de Pott.

Interprétation. — Tuberculose familiale datant vraisemblablement de la première enfance, et n'ayant guère cessé d'évoluer ; mais l'action des réinfections répétées auxquelles notre malade (qui jusqu'à son entrée à l'hôpital Laënnec couchait avec sa mère) a été exposée, peut être envisagée.

OBSERVATION XLVII

M. L... René, 17 ans. Apprenti mécanicien, salle Louis, n° 12.

Antécédents du malade. — Bien qu'élevé en banlieue, il a

toujours été chétif, malingre, mal développé et il a *toujours* toussé. Depuis deux ans, il est entré en apprentissage et a dû interrompre trois fois son travail, pour de fortes bronchites. Il y a un mois une nouvelle poussée fébrile inquiétante, fait découvrir des lésions extrêmement étendues et à marche rapide.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs des deux champs pulmonaires avec aspect en mie de pain sous les clavicules.

Histoire familiale. — Toute la famille a été examinée au Dispensaire Léon Bourgeois.

Le père. — Paraît être la source de l'infection tuberculeuse. Ses antécédents héréditaires sont lourds :

Mère. — Morte il y a 28 ans, de tuberculose pulmonaire (le malade avait 16 ans).

Frère aîné. — Mort à 29 ans, de tuberculose pulmonaire, il y a 22 ans.

Sœur. — Morte de tuberculose pulmonaire à 27 ans, il y a 23 ans.

Dans ses antécédents personnels on note :

Jusqu'à 20 ans, santé parfaite.

A 21 ans, au cours du service militaire, pleurésie sèche.

A 22 ans, mariage (1901).

En 1907, poussée de bronchite qui le fait soigner pour tuberculose pendant cinq mois.

Depuis, n'a jamais cessé de tousser et se considère comme un vieil asthmatique.

En 1909, contracte la syphilis, à peine soignée.

N'a fait qu'un an au front dans le génie, renvoyé ensuite à l'arrière comme ouvrier d'usine.

Actuellement présente de la leucoplasie buccale, un Wassermann positif dans le sang.

Au point de vue pulmonaire : sclérose du sommet droit se traduisant par de la rétraction costale et trachéale et une diminution nette de transparence.

Pas de bacille actuellement dans l'expectoration, même après hémogénisation.

La mère. — Agée de 42 ans, n'a jamais été malade, ne présente aucun antécédent familial de tuberculose et a supporté vaillamment quatre grossesses, dont une gemellaire et une fausse couche.

Le fils aîné. — Maurice, âgé de 21 ans, réformé pour faiblesse de constitution, ne présente actuellement aucun signe clinique ou radiologique de tuberculose évolutive.

Le 2^e, René. — Notre malade.

Le 3^e, Robert. — Agé de 10 ans, présente des signes nets d'hérédosyphilis ; une cuti positive, mais aucun signe clinique ou radiologique de tuberculose. Wassermann : négatif.

Les deux derniers. — Suzanne et André, les jumeaux âgés de 5 ans, présentent tous deux une cutiréaction positive, sans signes nets de tuberculose.

Le garçon, seul, offre les stigmates les plus nets d'hérédosyphilis ; malformations dentaires, déformations des tibias, kératite interstitielle. La fille paraît saine. Les réactions de Wassermann n'ont pu être faites.

OBSERVATION LI

M. D... Emile, maroquinier, 19 ans, salle Louis, n° 5.

Histoire du malade. — Toujours fragile, le malade a été difficile à élever ; à 4 ans, il a fait à la suite de la rougeole, une otite, puis une *bronchite grave*. On l'a soigné pour un rachitisme dont il porte encore les stigmates. Tous les hivers, il toussait et n'allait pas à l'école. A 13 ans, *épisode pulmonaire aigu*. A 16 ans, *nouvelle bronchite grave* et prolongée. Depuis 2 ans, il se sentait mieux et commençait à travailler comme maroquinier ; il se marie. Il accuse, d'ailleurs, dès cette époque un gros surmenage qui, ici encore, ne nous paraît qu'une fatigabilité excessive.

Enfin, en mai 1923, survient une *hémoptysie* abondante qui l'amène dans le service.

Etat actuel des lésions. — A droite ; Rétraction thoracique, obscurité des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec taches et aspect en nid d'abeilles sous la clavicule.

A gauche : Fines marbrures entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — 61 ans, bien portant.

Mère. — Morte à 33 ans de *tuberculose pulmonaire* : le malade avait 2 ans.

Le père est remarié et la belle-mère est bien portante.

Une sœur aînée, morte en 1914, à 17 ans, de *phthisie galopante*, après une maladie de trois mois, soignée à domicile.

Une demi-sœur, âgée de 16 ans, morte l'an dernier à Brévannes, de *tuberculose pulmonaire*.

Un demi-frère, âgé de 13 ans, bien portant.

Femme et deux jumeaux en bonne santé.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose familiale d'origine maternelle ; le frère et la sœur meurent de leur primo-infection qui n'a chez notre malade, jamais cessé de se manifester.

Mais une chose intéressante est à noter. La demi-sœur, âgée de 6 ans en 1914 et qui vient de mourir l'an dernier, paraît avoir été contaminée par sa sœur aînée.

OBSERVATION LII

M. Jean Robert, 16 ans, employé de bureau, salle Chomel, n° 8.

Histoire du malade. — Ne peut préciser nettement ses antécédents pathologiques. Il sait seulement qu'il fut examiné à l'âge de 13 ans, au moment où son père venait de tomber malade, et qu'il subit alors une opération nasale. Deux ans après, à la suite d'une nouvelle visite, on incrimine encore une *insuffisance des voies respiratoires supérieures* comme cause de

sa faiblesse de constitution et on lui fait subir un nouveau traitement : amygdaléctomie ; cautérisation des cornets. Il dit n'avoir commencé à tousser qu'il y a 3 mois. Examiné à Cochinchine, il fut déclaré radioscopiquement sain et reprit son travail. Il fit alors une poussée de croissance extrêmement rapide et grandit de 11 cm. en 3 mois.

C'est à la suite de l'enquête d'une infirmière visiteuse qu'il est amené dans le service pour observation, on lui découvre des lésions très avancées :

Etat actuel des lésions. — Tâches et marbrures bilatérales avec maximum à droite où on note la présence de spéléonques.

Histoire familiale. — Père. — Soigné depuis 3 mois à la Pitié, pour *tuberculose pulmonaire* : vient d'y succomber. Malade depuis 5 ans.

Mère. — Morte *tuberculeuse* à St-Joseph en 1919, après 6 mois de maladie.

Une sœur, âgée de 26 ans, ayant quitté le milieu familial un an avant la mort de sa mère, examinée au dispensaire et reconnue radiologiquement indemne de tuberculose.

Interprétation. — Tuberculose familiale avec surinfections successives : peut-on dire que la sœur aînée a échappé à la maladie parce que plus âgée et soustraite plus tôt à l'infection familiale ?

OBSERVATION LV

Mme Rod..., 22 ans, plumassière, salle Piorry, n° 7.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade signale dans ses antécédents *plusieurs bronchites* pendant l'hiver. Elle travaille depuis l'âge de 13 ans, s'est mariée à 17 ans, n'a jamais connu ni la misère ni le surmenage. Elle a fait une *grossesse normale* terminée il y a deux ans par la naissance à terme, d'un enfant bien portant, qu'elle n'a pas allaité.

En 1922, est survenu un épisode « grippal » avec bronchite, depuis lequel, elle n'a pas cessé de tousser ; mais son état général satisfaisant lui avait permis de continuer son travail jusqu'en avril dernier où une *hémoptysie* abondante vint dévoiler ses lésions pulmonaires, d'ailleurs bénignes et peu évolutives.

Etat actuel des lésions. — Opacité homogène du sommet du poumon gauche (apex) sans aspect cavitare. Quelques petites calcifications périhilaires.

Rien à droite.

Histoire familiale. — Père. — *Tousseur chronique*, mort en 1916 d'accident.

Mère. — Trois frères et deux sœurs sont bien portants. Elle est l'avant-dernière de sa famille et le dernier enfant est mort à 10 ans, en 1918, de *tumeur blanche du genou à Berck*.

Son mari qui toussait un peu l'hiver est mort en 1920, à 42 ans, d'une hémiplegie.

Interprétation. — La malade indique, dans ce cas, une source de contagion : il y a 8 mois, est arrivée à l'atelier, une nouvelle qui « avait l'air malade » et trois semaines après, en effet, elle fit, en plein travail, une *hémoptysie* abondante qui la conduisit à l'hôpital où elle est morte depuis. Notre malade n'avait *aucun contact* avec cette tuberculeuse, ne travaillait pas à côté d'elle, ne lui parlait même pas « parce qu'elle avait peur d'attraper sa maladie ».

Nous ne croyons pas à l'efficacité de cette contagion et il nous semble plutôt qu'il s'agit d'une primo-infection d'origine familiale probable (un frère mort de *tumeur blanche*) ayant manifesté à plusieurs reprises son activité par des bronchites répétées et qui d'ailleurs prend actuellement l'allure d'une tuberculose fibreuse.

OBSERVATION LVII

Mlle Sa... Geneviève, 16 ans, sans profession, salle Quesnay, n° 28.

Histoire de la malade. — Chétive et mal développée, cette adolescente a connu plusieurs hôpitaux d'enfants : à 8 ans, une rougeole grave et compliquée de broncho-pneumonie, la tient 3 mois aux Enfants-Malades. Elle y contracte d'ailleurs la varicelle et la coqueluche. Depuis, elle est retournée un mois à Trousseau (à 11 ans) et trois mois aux Enfants-Malades (à 13 ans) pour *bronchites fébriles*. A ce moment, elle fut opérée pour obstruction nasale et depuis ce temps, dit-elle, elle était beaucoup mieux portante et ne toussait plus.

Le mois dernier (mai 1923) après quelques jours de malaises vagues et de fièvre, survient une *hémoptysie* pour laquelle elle entre à Laënnec.

Etat des lésions à l'entrée. — A droite : Rétraction costale ; diminution de transparence de la moitié supérieure du poumon avec image cavitaires sous la clavicule.

A gauche : Aspect normal.

Pneumothorax pratiqué avec succès.

Etat actuel (juillet 1924). — Le pneumothorax a dû être abandonné à cause de l'apparition d'un foyer du côté gauche et la malade, en état de cachexie avancée, présente des signes d'infiltration bilatérale diffuse.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a un an, à l'hôpital de la Charité, de *tuberculose pulmonaire*, à 41 ans. Il était malade depuis la guerre.

Sœur. — Morte en novembre dernier, à 19 ans, de *tuberculose pulmonaire* (elle s'était mariée à 17 ans et son mari, déjà malade et réformé de guerre pour tuberculose, était mort de cette affection après 7 mois de vie conjugale).

Notre malade habitait avec sa sœur depuis la mort du mari et l'a soignée jusqu'à la mort.

Interprétation. — Tuberculose familiale, d'origine pater-

nelle, ayant manifesté son activité à plusieurs reprises et où le rôle des infections récentes et successives par la sœur aînée, n'est peut-être pas indifférent.

OBSERVATION LIX

Mlle Col... Marcelle, 18 ans, sténo-dactylographe, salle Quesnay, n° 4.

Histoire de la malade. — En dehors de la rougeole et de la scarlatine, contractées dans l'enfance, la malade a toujours été malade et faible de poitrine. Elle raconte l'histoire de plusieurs bronchites qui chaque hiver lui faisaient interrompre l'école et qui motivaient son départ à la campagne chaque été.

En 1921, peu après la mort de son père, elle est atteinte d'une *congestion pulmonaire* droite, durant un mois. Depuis ce moment, elle accuse un amaigrissement progressif, une fatigabilité extrême à tel point qu'elle était obligée de se coucher en rentrant du bureau. Elle fut enfin amenée au dispensaire en mars dernier par une *hémoptysie* d'ailleurs réduite à quelques crachats sanguinolents.

Etat actuel des lésions. — A droite : Rétraction thoracique, taches confluentes sur toute la hauteur avec aspect en mie de pain dans la moitié supérieure.

A gauche : Aspect en nid d'abeilles entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Notre malade est fille unique.

Père. — Mort en 1920, d'une « bronchite mal soignée » qu'il traînait depuis de longues années et pour laquelle il fut évacué en 1916 ; puis réformé en 1918.

Mère. — Examinée et reconnue indemne de tuberculose.

Interprétation. — Notre malade présente le type des tuberculoses de primo-infection ayant évolué presque sans interruption pendant l'enfance et l'adolescence.

OBSERVATION LX

Mlle Ler., Juliette, 25 ans, lingère, salle Quesnay, n° 5.

Histoire de la malade. — Ayant perdu ses parents à l'âge de 3 ans, la malade est élevée à l'orphelinat de Pithiviers jusqu'à 16 ans. Cette partie de son enfance fut entrecoupée d'indispositions multiples et de fréquentes bronchites. A 16 ans, elle entre comme lingère à l'hôpital d'Estampes, où elle s'occupe uniquement du raccommodage et du triage du linge propre.

Il y a 3 ans, à 22 ans, elle aurait eu une *pleurésie droite* qui n'a pas été explorée ; mais l'an dernier, une nouvelle poussée pleurale la maintint au lit pendant deux mois et cette fois, la ponction ramena un liquide citrin. C'est depuis ce dernier incident qu'elle tousse, maigrit et présente des signes de tuberculose évolutive.

Etat actuel des lésions. — Marbrures et taches denses entre le hile et la clavicule à droite. Sinus peu mobile.

Accentuation des ombres hilaires des deux côtés.

Rien à gauche.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Mère. — Morte peu après la naissance de la malade.

Père. — Mort en 1901, de méningite cérébro-spinale.

Pas de collatéraux.

Un frère et une sœur de la mère sont morts tuberculeux. récemment, mais notre malade n'a eu aucun contact avec eux.

Interprétation. — Il n'est pas possible de préciser l'origine exacte de cette tuberculose tant au point de vue contagion qu'au point de vue des causes favorisantes. La malade était bien nourrie, soignée par les bonnes sœurs qui la surveillaient jalousement et elle faisait une besogne facile et saine. Cependant, il semble s'agir d'une tuberculose de primo-infec-

tion sans doute d'origine maternelle, qui a manifesté presque continuellement son existence.

OBSERVATION LXXIV

M. D... Raymond, 20 ans, mécanicien, salle Chomel, n° 20,
Histoire du malade. — Parisien, le malade a connu de nombreuses maladies de l'enfance : bronchite, rougeole, scarlatine et diphtérie. Il entre en apprentissage à 14 ans et tous les hivers, il doit s'arrêter à plusieurs reprises, pour *bronchites*.

En octobre 1922, survient la première poussée sérieuse qui lui apprend qu'il est tuberculeux, mais il s'améliore au point de reprendre son travail. En avril 1923, survient une hémoptysie suivie de plusieurs autres, dont la dernière, en juillet dernier, a pris une gravité menaçante.

Etat actuel des lésions. — Rétraction thoracique à droite. Obscurité des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec vaste spélouque occupant tout le tiers supérieur.

A gauche : Taches et marbrures périhilaires.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, n'a pu être examiné.

Mère. — Morte de congestion cérébrale avec hémiplegie.

Un frère, mort d'embolie, à la suite d'une phlébite post opératoire.

Un frère de 22 ans, reconnu indemne après visite de prophylaxie.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose de primo-infection qui n'a jamais cessé de manifester son existence et son évolution, mais qui n'est sans doute pas d'origine familiale.

OBSERVATION LXXV

Mlle Fer... Maris, 37 ans, typographe. Dispensaire Léon Bourgeois.

Histoire de la malade. — La malade a souffert de bronchites répétées depuis sa plus tendre enfance. Mais elle croit n'avoir jamais eu d'autre maladie : « son point faible, c'est le poumon ». En particulier, à 13 ans et à 16 ans, elle a été hospitalisée plusieurs mois aux Enfants-Malades, pour des accidents pulmonaires.

Elle ne travaille pas jusqu'à l'âge de 22 ans, elle a d'ailleurs, dit-elle, fort à faire à soigner ses parents et ses sœurs, toujours malades.

En 1913, elle se met en ménage avec un homme bien portant ; elle supporte vaillamment une *grossesse normale* et un allaitement de six mois.

Mais en 1915, survient, sans cause, un réveil de ses incidents pulmonaires qui, depuis trois ans, s'étaient améliorés. Trois fois, pendant la guerre elle est hospitalisée à St-Antoine, et on lui découvre, en juin 1917, une expectoration bacillaire.

En 1919, nouvelle amélioration assez nette qui lui permet d'exercer sans incident un métier assez pénible.

Enfin, en 1922, poussée sévère, sans cause, et à peu près continue jusqu'à l'époque actuelle.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse caverneuse bilatérale très étendue. Etat cachectique.

Histoire familiale. — Notre malade avait 17 ans quand sa mère est morte tuberculeuse après une maladie ayant duré 6 ans.

La même année, c'est-à-dire en 1904, elle perd successivement deux sœurs, l'une à 17 ans, l'autre à 18 ans, de tuberculose pulmonaire. En 1913, son père, avec lequel elle n'habitait plus depuis trois ans, est emporté en quatre mois, de *phtisie galopante*, soigné à l'hôpital Cochin.

En 1914, son *mari*, après un an de mariage, est atteint de laryngite et meurt 9 mois plus tard de *tuberculose pulmonaire*.

En 1919, la *sœur aînée*, qui habitait la campagne depuis plus de 20 ans, meurt de *tuberculose pulmonaire*, à 42 ans, après 16 mois de maladie.

De cette famille de 5 enfants, il ne reste en dehors de notre malade que la *sœur cadette*, âgée de 39 ans, habitant la campagne et actuellement bien portante.

Interprétation. — Il s'agit nettement d'une tuberculose d'origine familiale, ayant toujours manifesté son existence et son activité. Il semble de plus que la malade ait contaminé son mari.

OBSERVATION LXXXI

M. Derv..., 28 ans, tapissier, salle Louis, n° 4.

Histoire du malade. — Le malade, né et élevé à Compiègne, a commencé à être malade à l'âge de 10 ans, où une *tuberculose osseuse du calcaneum*, l'oblige à rester un an à Berck. C'est à peu près vers cette époque qu'il a commencé à s'enrhumer facilement et depuis il n'a guère passé un hiver sans faire une *bronchite* presque toujours assez grave pour le retenir plusieurs jours au lit.

En 1913, au cours d'une de ces poussées, il crache du sang, est reconnu bacillaire et envoyé à Bligny.

Réformé avant la guerre, et maintenu en réforme, il semble aller beaucoup mieux jusqu'en 1921. Cependant, il avait été atteint par la *grippe épidémique* en même temps que deux de ses sœurs, en 1918.

En janvier 1921, survient une poussée fébrile, prolongée pendant trois mois mais qui guérit.

Enfin, actuellement, nouvelle poussée à la suite d'un surmenage de travail assez accentué.

Etat actuel des lésions. — Rétraction costale et diaphragmatique très marquée à gauche, avec taches, marbrures et spélonques disséminées sur toute la hauteur.

A gauche : aspect normal.

Pneumothorax impossible par suite d'adhérences.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *tuberculose pulmonaire avec laryngite*, il y a quatre ans, mais il était malade depuis plus de 10 ans.

Mère. — Bien portante.

Le malade est le quatrième d'une famille de cinq enfants.

L'aîné, âgé de 37 ans, a fait toute la guerre dans l'infanterie et est bien portant.

Sa deuxième sœur, mariée et mère de trois enfants, n'a jamais été malade.

Sa troisième sœur, mariée et mère de deux enfants, est bien portante.

Sa cinquième sœur a été soignée en 1913, à Bligny, en même temps que son frère ; elle n'est pas mariée, et ne se sent plus malade.

Femme et deux enfants, bien portants, examinés cliniquement et radiologiquement.

Interprétation. — Histoire de tuberculose familiale où les deux derniers enfants sont contaminés par le père tuberculeux.

Cependant, notre malade avait présenté auparavant d'autres manifestations tuberculeuses.

OBSERVATION XC

M. R... André, 21 ans, employé, salle Corvisart, n° 16.

Histoire du malade. — L'histoire de son enfance est un tissu d'incidents pathologiques tous d'origine pulmonaire. Il dit avoir fait des *bronchites* fréquentes ; deux *congestions pulmonaires* et une *broncho-peumonie* primitive à 13 ans. Depuis

deux ans, il allait cependant un peu mieux. Ajourné en 1922, Il est pris bon pour le service armé, en décembre 1923 ; mais, en février, avant même son départ, survient un épisode du type grippal qui marque le début d'une évolution d'allure très aiguë.

Etat actuel des lésions. — Broncho-pneumonie tuberculeuse ayant envahi la presque totalité des deux poumons.

Poussée granulique terminale avec réaction méningée.

Histoire familiale. — Père. — 62 ans, bien portant.

Mère. — Asthmatique, a toujours toussé, non bacillaire actuellement.

Notre malade est le septième d'une famille de 12 enfants, dont 6 sont morts dans le courant de la première année (de convulsions ou de diarrhée, nous dit la mère) et un mort à 16 ans, en 1920, de *phthisie galopante*.

Les cinq survivants, en dehors de notre malade, sont des trois aînés, le 5^e et le 9^e, tous sont bien portants.

Interprétation. — Le malade accuse une contagion : il aurait travaillé, en 1920, dans un atelier de reliure, avec un compagnon toujours malade et qui crachait du sang. Mais il n'avait avec lui *aucun contact intime*, d'ailleurs toute son histoire est celle d'une tuberculose de primo-infection, qui n'a cessé d'évoluer depuis son enfance et qui lui vient presque certainement du milieu familial.

OBSERVATION CIX

M. Ca... Charles, journaliste, 39 ans, salle Louis, n° 7.

Histoire du malade. — Considéré depuis son enfance comme fragile au point de vue pulmonaire, il a souffert surtout dans l'adolescence de nombreuses bronchites. Il fut ajourné, puis réformé à l'âge du service militaire et, en 1913, il fut envoyé en sanatorium pendant 7 mois, à la suite d'une légère hémoptysie.

En 1915, il est repris service armé et envoyé au front. Fait prisonnier presque immédiatement, il passe 4 ans de captivité en Russie où, malgré les privations, le travail forcé, la mauvaise hygiène, il ne souffre aucunement de ses lésions pulmonaires.

Depuis son retour en France, il est même amélioré et reprend son travail avec activité.

En décembre dernier, sans cause favorisante, sans avoir été exposé à la moindre contagion nouvelle connue, il commence progressivement une poussée évolutive qui, sans rémission, le met actuellement aux portes de la cachexie.

Etat actuel des lésions. — Infiltration bilatérale très étendue avec aspect en mie de pain des deux côtés ; image cavi-taire sous la clavicule gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort alcoolique, avec cir-rhose du foie, à 49 ans.

Mère. — Morte quand le malade avait 9 ans, de *tuberculose pulmonaire*.

Sœur. — Agée de 47 ans, bien portante.

Interprétation. — Primo-infection maternelle active pendant toute l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte, inactive d'une manière paradoxale pendant une période de surmenage physique et de privation, et réveillée actuellement sans aucune cause apparente.

OBSERVATION CXXI

M. M... André, 18 ans, imprimeur, salle Hanot, n° 2.

Histoire du malade. — En dehors de la diphtérie à 4 ans, d'une appendicite aiguë opérée d'urgence, à 6 ans, le malade a toujours été chétif et souffreteux. Il est toujours enrhumé, et à maintes reprises des *bronchites aiguës* l'ont confiné au lit pendant l'hiver. Mais ce n'est que depuis mars 1924, qu'il est réellement malade : très lentement, progressivement, sont

apparus les signes habituels d'imprégnation tuberculeuse ; au début d'avril on lui trouve une *pleurésie séro-fibrineuse* à droite et à la fin du même mois, survient une *hémoptysie*.

Depuis, l'évolution s'est poursuivie sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Densification de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit à limite inférieure scissurale.

A gauche, quelques taches peu foncées en dehors du pédicule pulmonaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a 17 ans, le malade avait un an, de *tuberculose pulmonaire*.

Mère. — Très bien portante. Remariée avec un homme sain, dont elle a eu depuis deux enfants, âgés de 14 et 12 ans, en bonne santé et ayant tous deux actuellement une cuti négative.

Interprétation. — Il s'agit vraisemblablement de l'évolution d'une primo-infection riche et ayant manifesté continuellement son activité.

OBSERVATION CXXXV

Mlle Cau... Marcelle, 19 ans, couturière, salle Dieulafoy, n° 6.

Histoire de la malade. — Son passé est riche en incidents pathologiques : rougeole, coqueluche et varicelle dans l'enfance. *Bronchites fréquentes* et surtout à 12 ans, apparition d'*adénites chroniques cervicales* qui suppurent, se fistulisent, et laissent des cicatrices caractéristiques.

Depuis l'âge de 16 ans, chaque hiver, une *bronchite* sévère, fébrile et prolongée la retient à la chambre.

En janvier 1924, nouvelle *bronchite* qui, malgré un amaigrissement très prononcé, ne l'arrête pas dans son travail, mais en mars, la fièvre apparaît et une poussée évolutive sévère s'installe.

Etat actuel des lésions. — A gauche : diminution de transparence des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire, avec maximum au lobe supérieur où on note la présence d'une spélonque volumineuse.

A droite : champ pulmonaire clair au sommet et à la base, obscurci à la partie moyenne par une ombre qui présente le caractère scissural.

Histoire familiale. — Père. — Mort de congestion cérébrale, il y a 8 ans.

Mère. — Bien portante. A été examinée, il y a 3 ans, au Dispensaire.

Une sœur, mariée, plus âgée que la malade et en bonne santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Exception à la loi de Marfan ; il s'agit d'une tuberculose n'ayant pas cessé de manifester son existence pendant l'enfance, évoluant par poussées, sans cause favorisante appréciable, qui ne paraît pas avoir été contractée dans le milieu familial.

OBSERVATION CXXXIX

Mlle Ca... Odette, 20 ans, comptable, salle Hanot, n° 9.

Histoire de la malade. — Presque toujours malade dans l'adolescence, rougeole avec broncho-pneumonie à 6 ans, coqueluche à 7 ans. Anémie à 12 ans, toujours faible et « lymphatique », elle est envoyée à la campagne pendant deux mois.

Commencé à travailler à 17 ans, sans aucun surmenage, et dans de bonnes conditions hygiéniques. Mais un an après, en décembre 1922, sans aucune cause, sans fatigue préalable, survient une *hémoptysie* franche qui décide son départ à la Tuyolle.

Après 8 mois de séjour en sanatorium, une brusque poussée

évolutive la fait renvoyer à l'hôpital en vue d'un pneumothorax thérapeutique.

Etat actuel des lésions. — Ramollissement du sommet gauche avec image en mie de pain sous la clavicule.

Rien à droite.

Pneumothorax thérapeutique partiel.

Histoire familiale. — Mère. — Bien portante.

Père. — Malade depuis la guerre, à la suite d'une captivité ayant duré 4 ans. Reconnu *bacillaire*, il y a environ un an et réformé 100 %. Un de ses deux frères est mort tuberculeux, en 1912.

Une sœur. — Morte à 7 ans, en 1910, de coqueluche.

Un frère. — Agé de 25 ans, bien portant.

Interprétation. — Incidents pathologiques nombreux dans l'enfance, permettant de supposer une primo-infection riche.

Rôle possible des surinfections récentes et répétées d'origine paternelle.

OBSERVATION CLII

M. M..., 21 ans, employé de commerce, salle Louis, n° 14.

Histoire du malade. — Signale dans ses antécédents une *pleurésie* sèche à 7 ans, à la suite de laquelle, il aurait été chétif et continuellement enrhumé. D'ailleurs, il n'a pu suivre ses classes régulièrement et abandonne ses études à 15 ans, pour entrer dans un bureau. En 1922, il est ajourné pour faiblesse de constitution, et bien qu'il continue à tousser continuellement, il se marie en 1923.

Récemment, après 13 mois de mariage, une *bronchite* fébrile est apparue sans cause et a révélé des lésions profondes et évolutives.

Etat actuel des lésions. — Obscurité de la partie moyenne du poumon gauche à maximum sous la clavicule. Extrême sommet et bases claires.

A droite : aspect normal.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 56 ans, d'une congestion cérébrale.

Mère. — Encore vivante et bien portante, mais atteinte de *bronchite chronique* depuis une dizaine d'années.

Le malade est le 4^e d'une famille de 8 enfants, dont les trois aînés sont morts en bas âge, d'entérite. Les 4 autres, plus jeunes sont, en apparence, bien portants, mais n'ont pu être examinés.

Sa femme est tombée malade en même temps que lui, trois mois après un accouchement et entre dans le service le même jour, est atteinte de lésions à peu près superposables à celles de son mari. (Nous rapportons son observation, d'autre part, sous le n° 263).

Interprétation. — Tuberculose d'origine maternelle probable, ayant manifesté continuellement son existence par des épisodes alternés.

OBSERVATION CLVIII

Mlle R... Juliette, 18 ans, employée, salle Mosny, n° 9.

Histoire de la malade. — Devenue orpheline à 13 ans, la malade habite avec sa sœur aînée et mène une vie paisible, sans surmenage ni privations. Cependant, elle est fragile, souvent souffrante, *toujours enrhumée l'hiver*.

A 15 ans $\frac{1}{2}$, elle devient enceinte et supporte vaillamment cette grossesse qui se termine à terme par la naissance d'un enfant sain allaité deux mois et demi et placé en nourrice.

Il y a 6 mois, pour la première fois, elle commence à travailler pour « payer les mois de nourrice » et bien que son métier soit facile, elle se fatigue vite et commence à maigrir. Progressivement, sournoisement, la tuberculose fait son apparition.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Rétraction du cœur,

diaphragme festonné, obscurité du tiers supérieur avec deux volumineuses spélonques au-dessous de la clavicule.

A droite : Deux plages d'ombre, l'une au-dessous de l'autre et en dehors du pédicule pulmonaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort la malade avait un an (?).

Mère. — Morte de tumeur abdominale.

Un frère. — Mort il y a 18 mois, de *tuberculose pulmonaire*, à 20 ans. Il avait été réformé et était à la campagne depuis trois ans, il n'a jamais eu de contact avec sa sœur.

Une sœur âgée de 22 ans, mariée, mère de famille et bien portante.

Le père de l'enfant est bien portant.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale probable, dont le réveil s'est produit sans cause appréciable, deux ans après une grossesse bien supportée.

OBSERVATION CLAVI

Mlle Ch... Raymonde, 17 ans, lingère, salle Mosny, n° 21.

Histoire de la malade. — Orpheline à 7 ans, elle a été élevée depuis cette époque dans une pension religieuse où depuis peu, elle travaillait comme lingère. Bien soignée, bien nourrie, jamais surmenée, elle était cependant souvent souffrante et toussait chaque hiver pendant plusieurs mois.

Il y a deux mois, sans que rien de nouveau soit survenu dans sa vie calme et régulière, elle a commencé à maigrir et à cracher.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Densification générale du poumon avec aspect en mie de pain dans toute la moitié supérieure, sous la clavicule.

A droite : Fines marbrures et taches sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 32 ans de congestion cérébrale (la malade avait 3 ans).

Mère. — Morte à 34 ans d'une *affection pulmonaire chronique* qui évoluait depuis trois ans (la malade était âgée de 7 ans).

Une sœur, âgée de 20 ans, bien portante, ayant présenté à l'âge de 8 ans, une *adénopathie cervicale* fistulisée guérie avec cicatrices caractéristiques.

Interprétation. — Il semble s'agir de l'évolution progressive et lente d'une primo-infection d'origine maternelle.

OBSERVATION CLXVII

Mlle Al... Jacqueline, 16 ans, chemisière, salle Mosny, n° 22.

Histoire de la malade. — A eu la coqueluche et la varicelle dans l'enfance et a *toujours toussé l'hiver*, et même l'été. Elle commence à travailler à 13 ans et peu après, elle est atteinte d'une *laryngite* qui dure 7 mois. Un peu améliorée en 1923, elle recommence à travailler mais en février 1924, une bronchite à début brusque marque l'origine de la poussée évolutive actuelle.

Etat actuel des lésions. — A droite : Densification du lobe supérieur à limite inférieure nette et scissurale. Spélonque de 3 cm x 4 cm au-dessous de la clavicule.

A gauche : Aspect normal.

Histoire familiale. — Père. — Actuellement au dernier terme d'une *tuberculose pulmonaire* chronique avec laryngite qui évolue depuis plus de 10 ans, puisqu'il a été réformé pour cette cause en 1914.

Mère. — Bien portante.

Un frère, âgé de 20 ans, bien portant.

Interprétation. — Tuberculose d'origine paternelle, et évo-

luant depuis plusieurs années mais soumise à des infections successives. Aucune cause favorisante.

OBSERVATION CCL

M. M... René, 16 ans, employé dans une faïencerie, salle Corvisart, n° 13.

Histoire du malade. — A toujours été chétif, malingre et souffreteux et connaît l'hôpital Trousseau où il est entré à neuf reprises différentes : rougeole, croup, scarlatine, et surtout pour *bronchites sévères*. Envoyé à 12 ans à la campagne, il en revient un an après nettement fortifié et entre alors en apprentissage. Il y a deux mois, et il se sent fatigué et un soir une *légère hémoptysie* survient sans cause.

Examiné dans un dispensaire, on lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de l'apex droit avec petite spéléonque contre la paroi externe du thorax, sous la clavicule.

A gauche : Accentuation marquée des ombres hilaires.

Signes cliniques et radiologiques de rétrécissement mitral bien compensé, découvert en 1913 à Trousseau, à l'occasion d'une bronchite.

Histoire familiale. — Parents « très forts » n'ont jamais toussé.

Deux sœurs de 13 et 9 ans, bien portantes.

Un frère, mort à 6 mois d'entérite.

Il n'y a jamais eu de tuberculeux dans la famille.

Interprétation. — Il paraît s'agir de l'évolution continue d'une primo-infection contractée en dehors du milieu familial, peut-être favorisée par une dystrophie mitrale.

OBSERVATION CCXXV

M. F... Adolphe, 28 ans, ouvrier d'usine. Salle Hanot, n° 7.

Histoire du malade. — Elevé à Paris, le malade signale dans l'enfance, plusieurs maladies infantiles, rougeole, varicelle, oreillons... Mais jusqu'à 14 ans, c'est-à-dire presque au moment où il a commencé à travailler, il n'a jamais toussé. Depuis cette époque, presque chaque année, il fait une « grippe » (?) c'est-à-dire un *épisode fébrile de quelques jours, avec toux et expectoration tenaces*. Il se refuse cependant à qualifier ces épisodes pulmonaires de « bronchites » et déclare que sa première bronchite date de 1922 où il fut obligé de cesser son travail pendant plusieurs mois. D'ailleurs, peu après il fut ajourné à la conscription pour faiblesse de constitution. En janvier 1924, nouvelle poussée pulmonaire aiguë, durant un mois, mais à la suite de laquelle il a commencé à remarquer l'atteinte d'un mal plus profond.

Etat actuel des lésions. — A droite : Infiltration des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire avec splénique sous la clavicule.

A gauche : Opacité du sommet avec taches et marbrures.

Histoire familiale. — Père. — Mort de péritonite aiguë, en 1916.

Mère. — Agée de 47 ans, atteinte de *bronchite chronique* depuis l'âge de 17 ans, actuellement atteinte de ramollissement tuberculeux du sommet gauche.

Une sœur, morte bacillaire à 21 ans, en janvier 1924. Elle était malade depuis deux ans et soignée à la Charité. Mais elle revint habiter le milieu familial en juin 1923 et resta jusqu'à sa mort en contact intime avec son frère.

Interprétation. — Il semble bien s'agir d'une tuberculose familiale évoluant à bas bruit, depuis plusieurs années. Le malade a été soumis récemment à des surinfections importantes sans qu'on puisse affirmer que celle-ci joue un rôle direct sur l'évolution de sa tuberculose.

OBSERVATION CCXXXIII

Mlle D... Marie-Louise, 20 ans, brodeuse. Salle Diculafoy, n° 6.

Histoire de la malade. — Toujours souffrante dans son enfance, elle a eu en particulier de nombreuses bronchites et une broncho-pneumonie à 9 ans. Mais c'est depuis l'âge de 16 ans, en 1920, qu'elle a commencé à tousser presque continuellement, après une poussée aiguë ayant duré deux mois, avec fièvre et amaigrissement. A ce moment, elle n'avait jamais quitté le milieu familial et travaillait avec sa mère au métier de brodeuse.

Depuis, les *épisodes pulmonaires* se sont succédé, le plus important en 1922, ayant nécessité un séjour de 6 mois à la campagne.

Enfin, à la suite d'un gros chagrin, la fièvre s'est rallumée récemment, et elle est venue à l'hôpital en pleine poussée.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon droit avec spéléonque à la partie moyenne.

A gauche : taches au niveau des sommets ; accentuation très marquée des ombres broncho-vasculaires.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Fréquemment enrhumée, fait une bronchite tous les hivers.

Deux frères : morts l'un à 2 ans, de méningite, l'autre à 7 ans de bronchite.

Deux frères, bien portants, âgés de 17 et 23 ans.

Une sœur, à Bereck, pour *adénopathies cervicales bilatérales suppurées*.

Deux sœurs, de 16 et 13 ans, toutes deux en préventorium.

Interprétation. — Tuberculose de primo-infection ayant manifesté continuellement son affinité évolutive, mais vraisemblablement soumise à de continuelles surinfections d'origine maternelle.

OBSERVATION CCLIX

Mme N... Henriette, 31 ans, ménagère, salle Potain, n° 5.

Histoire de la malade. — A 3 ans, elle fait une broncho-pneumonie grave, qui la laisse chétive et malade. Une dame de charité ayant visité sa mère, gravement malade, l'a fait élever à la campagne, chez des paysans sains.

Malgré cela, elle continue à être souvent souffrante et elle *tousse continuellement*. En particulier, à 14 ans, un gros *épisode pulmonaire* s'accompagne d'*hémoptysie*. A 17 ans, nouvelle *hémoptysie* au moment d'une puberté tardive.

A 20 ans, elle se marie et *supporte bien une première grossesse* sans allaitement.

A 23 ans, à la suite d'une *nouvelle grossesse*, survint une grave poussée tuberculeuse, et elle entre dans un sanatorium où elle reste deux ans et demi.

Elle en sort nettement améliorée et jusqu'en 1923, sa santé paraît consolidée. A cette époque survient une rechute sans cause, et depuis, la maladie évolue sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la totalité du champ pulmonaire droit avec aspect spéléoncaire.

A gauche : bloc d'opacité péri-scissurale d'aspect homogène.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 62 ans, bien portant.

Mère. — Morte de *tuberculose*, en 1900, la malade avait 7 ans, et nous l'avons dit, avait quitté le milieu familial, mais elle était malade depuis très longtemps.

8 frères et sœurs (notre malade est la dernière), *tous morts entre 1896 et 1903* : un seul, l'aîné, est mort de *tuberculose pulmonaire*, à 14 ans, les autres sont morts avant 7 ans : 2 de *méningites*, d'autres de *bronchites*.

Famille adoptive. — Entièrement saine, père, mère et 4 enfants bien portants.

Deux enfants, en bas âge, morts d'entérite.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale n'ayant jamais cessé de manifester son activité.

OBSERVATION CCLX

M. D... Eugène, 43 ans, charretier, salle Corvisart, n° 25.

Histoire du malade. — A l'âge de 4 ans, une coxalgie gauche le fait envoyer à Berck, où il reste deux ans. La guérison est obtenue par ankylose, mais avec persistance d'une fistule que ne se tarira qu'à l'âge de 9 ans. Rentré à Paris, il est hospitalisé plusieurs fois pour bronchite. A 14 ans, il est opéré d'appendicite tuberculeuse suivie également de fistule. Il est réformé pour son ankylose et peu après, au cours d'une poussée pulmonaire, on lui apprend qu'il est tuberculeux. Depuis, il a continué à travailler par intermittence, arrêté chaque année pendant plusieurs semaines par une manifestation pulmonaire, souvent hémoptoïque. C'est une de ces poussées qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose fibro-caséuse du poumon gauche avec gros bloc de condensation homogène sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort de tuberculose pulmonaire, à 49 ans, il y a 25 ans (le malade avait 18 ans).

Mère. — Morte de bronchite chronique avec laryngite, à 55 ans (le malade avait 23 ans).

Un frère aîné, âgé de 46 ans, bien portant.

Une sœur, morte de tuberculose, à 19 ans.

Un frère, mort de tuberculose, à 16 ans.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale ayant toujours manifesté son activité suivant le type fibro-caséux.

OBSERVATION CCLXIV

M. M... Jean, 19 ans, relieur, salle Corvisart, n° 7.

Histoire du malade. — Malingre, chétif, mal développé ; son enfance s'est passée en grande partie à l'hôpital. A 6 ans, à la suite de la rougeole, est survenue une otite qui suppure

encore actuellement. A 8 ans, il fait une bronchite grave et passe ensuite 4 mois à Forges. A 11 ans, nouvelle bronchite et nouveau séjour à la campagne. Tous les hivers, depuis cette époque, il s'alite à plusieurs reprises pour des « congestions » qui durent deux à trois semaines.

A 17 ans, il a craché du sang et un médecin a trouvé des bacilles dans ses crachats. Actuellement, il entre à l'hôpital pour poussée fébrile sévère.

Etat actuel des lésions. — Densification des deux tiers supérieurs du poumon droit avec spéléoncaire sous la clavicule.

Obscurité du tiers supérieur du poumon gauche avec aspect en nid d'abeilles sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Actuellement vivant et bien portant.

Mère. — Morte tuberculeuse, en 1914, après sa troisième grossesse.

Frère aîné. — Mort à 14 ans, de tuberculose.

Une sœur, âgée de 10 ans, actuellement à Hendaye.

Interprétation. — Primo-infection maternelle riche ayant toujours manifesté sa tendance évolutive.

OBSERVATION CCLXV

Mlle A... Jeannine, 17 ans, brodeuse, salle Bouillaud, n° 4.

Histoire de la malade. — A eu successivement, dans l'enfance, la rougeole; les oreillons, la coqueluche et la varicelle. Elle tousse depuis l'âge de 13 ans, à peu près continuellement, aussi bien l'hiver que l'été, et à plusieurs reprises elle a été hospitalisée à Trousseau et aux Enfants-Malades, pour *bronchites*.

Il y a un an, au moment de ses premières règles, survint une hémoptysie abondante et prolongée. Depuis un mois, sans cause favorisante appréciable, une poussée évolutive grave s'est développée.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la totalité du poumon gauche, avec spélonque sous la clavicule, et aspect en mie de pain au tiers moyen.

Intégrité du poumon droit.

Pneumothorax artificiel en cours.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1919, d'accident.

Mère. — Morte en 1913, de tuberculose pulmonaire, la malade avait 6 ans.

La malade, fille unique, a été recueillie par sa tante maternelle, actuellement bien portante, et vit depuis 10 ans dans un milieu sain et aisé.

Interprétation. — Tuberculose de primo-infection ayant manifesté continuellement son existence et sa tendance évolutive.

OBSERVATION CCLXX

M. J... Arthur, 30 ans, ajusteur, salle Corvisart, n° 11.

Histoire du malade. — Rougeole et broncho-pneumonie à 6 ans.

A 9 ans, *adénopathie cervicale gauche non suppurée* ; mais accompagnée d'une bronchite persistante pour laquelle il est envoyé à Forges. A 11 ans et à 13 ans, nouveaux épisodes pulmonaires soignés aux Enfants-Malades, à la suite desquelles il est chaque fois envoyé à la campagne.

A 14 ans, il entre en apprentissage chez un de ses oncles, mais l'hiver, il est toujours obligé de s'aliter à plusieurs reprises, pour bronchites.

A 16 ans, il est hospitalisé deux mois à l'hôpital Desbrousse et considéré comme atteint de tuberculose unilatérale, pour laquelle on propose un pneumothorax qui est refusé par le père.

Il est entré à nouveau à Cochin en 1922 et à Saint-Antoine,

en 1923, pour des poussées évolutives durant trois à quatre semaines.

Actuellement, poussée sévère, rapidement extensive.

Etat actuel des lésions. — Infiltration symétrique de la moitié supérieure des deux champs pulmonaires avec images cavitaires multiples.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 52 ans, alcoolique, mais indemne de tuberculose.

Mère. — Morte en 1911, de tuberculose pulmonaire, après 18 mois de maladie, le malade avait 7 ans.

Un frère, âgé de 26 ans, bien portant, a fait son service militaire.

Une sœur, morte à 14 ans, en 1915, de tuberculose pulmonaire, à Trousseau.

Deux frères, plus jeunes, morts en bas âge (?)

Interprétation. — Tuberculose de primo-infection ayant toujours évolué ; sur 5 enfants, un seul épargné : l'aîné.

OBSERVATION CCLXXII

M. Jal., André, 18 ans, apprenti maçon. Salle Corvisart, n° 17.

Histoire du malade. — Chétif, toujours malade, souvent enrhumé, il a été en outre atteint de nombreuses maladies dans l'enfance : rougeole, oreillons, varicelle et coqueluche.

Depuis son entrée en apprentissage, il a fait deux bronchites avec fièvre, soignées à domicile, à 15 ans et à 16 ans.

Brusquement, il y a 15 jours, au cours d'une nouvelle bronchite, une hémoptysie sévère est apparue, avec fièvre et gros amaigrissement. L'auscultation montre la présence de râles humides des deux côtés avec syndromes cavitaires à droite. L'examen radiologique ne peut être pratiqué.

Huit jours après l'entrée, apparition des signes classiques de

la méningite tuberculeuse, avec bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Histoire familiale. — Père. — Tousseur chronique, n'a pu être examiné.

Mère. — Indemne de tuberculose.

Une tante, sœur du père, a habité dans la famille de 1901 à 1911. Toujours malade, elle est morte en 1911 de tuberculose pulmonaire, ayant été soignée à domicile, sauf pendant les deux derniers mois de la maladie.

Un seul frère, mort en 1910, à 7 ans, de méningite tuberculeuse.

Interprétation. — Il est incontestable que l'infection tuberculeuse a été apportée dans le milieu familial par la tante. Cette infection qui a tué le frère aîné, a toujours manifesté son activité chez notre malade.

OBSERVATION CCLXXX

Mme M... Renée, 18 ans, employée. Salle Potain, n° 1.

Histoire de la malade. — Orpheline à 6 ans, elle est élevée par sa sœur aînée dans un milieu sain et aisé. Malgré cela elle a toujours été fragile et sujette aux grosses bronchites presque chaque année. A 15 ans, elle est envoyée à la campagne, à la suite d'un amaigrissement inexplicable survenu au moment de la puberté. Elle y reste deux ans, sans travailler, mais continuant à tousser presque continuellement. Elle rentre à Paris en janvier dernier, et quinze jours après, est hospitalisée pour hémoptysie à l'hôpital Cochin. Un pneumothorax artificiel est pratiqué avec succès, mais peu à peu, se développent des lésions évolutives du côté opposé.

Etat actuel des lésions. — A droite : Hydro pneumothorax partiel, sommet non décollé, très densifié.

A gauche : Riche aspect en mie de pain sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec maximum péri-hilaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'apoplexie cérébrale, il y a treize ans.

Mère. — Morte, il y a douze ans, de tuberculose pulmonaire, à 49 ans.

Une sœur aînée, âgée de 29 ans, examinée et reconnue indemne de tuberculose.

Une sœur, morte à 11 ans, en 1914, de fièvre typhoïde.

Interprétation. — Tuberculose de primo-infection ayant toujours évolué.

OBSERVATION CCLXXXI

M. Col... Marcel, 18 ans, ébéniste. Salle Corvisart, n° 18.

Histoire du malade. — En dehors de la rougeole et de la scarlatine, le malade accuse dans l'enfance et dans l'adolescence de nombreuses bronchites qui le retenaient au lit plusieurs fois par an, à peu près chaque hiver. A 13 ans, à la suite d'une poussée plus sévère, il fut envoyé trois mois à la campagne.

En 1920, à 14 ans, il entre en apprentissage et pendant deux ans son état s'améliore ; mais, en 1922, nouvelle poussée dite « congestion pulmonaire » qui le tient au lit pendant deux mois. Depuis, il n'a cessé de tousser, de maigrir, de faire des poussées de fièvre discontinue.

Etat actuel des lésions. — A droite : Rétraction thoracique, taches confluentes sur toute la hauteur du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain dans la moitié supérieure.

A gauche : Aspect en mie de pain entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1916 d'une affection pulmonaire chronique, toussait et crachait depuis trois ans, avait présenté plusieurs hémoptysies.

Mère. — Morte en 1921 des suites d'une intervention chirurgicale. Le malade habite avec sa sœur aînée, âgée de 21 ans, examinée et reconnue indemne de tuberculose.

Interprétation. — Histoire typique d'une évolution continue depuis l'enfance, sans l'intervention de causes favorisantes.

OBSERVATION CCLXXXIV

M. Les... Robert, 17 ans, dessinateur, salle Rabelais, n° 8.

Histoire du malade. — A 7 ans, *adénite cervicale suppurée fistulisée* et suivie d'un abcès froid osseux au niveau du sternum. Envoyé à Berck à cette époque, il fait huit jours après son arrivée une « congestion pulmonaire » grave qui commande son retour d'urgence aux Enfants-Malades où on parle de tuberculose. Il guérit néanmoins, mais reste chétif, maigre, souvent enrhumé l'hiver. En 1921, à 14 ans, nouvel incident pulmonaire fébrile durant deux mois et demi et suivi de l'apparition d'une entérite rebelle, durant encore actuellement.

Etat actuel des lésions. — Taches et marbrures bilatérales, plus marquées à droite où on note la présence de spéléonques.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 41 ans, en 1914, de hernie étranglée. Il toussait assez souvent (?)

Mère. — Bien portante, âgée de 49 ans.

Une sœur, âgée de 26 ans, radiologiquement indemne de tuberculose.

Interprétation. — Si l'origine familiale de cette tuberculose ne peut être affirmée avec certitude, il est cependant probable qu'il s'agit d'une tuberculose évoluant depuis l'enfance d'une façon à peu près continue.

OBSERVATION CCLXXXVI

M. D... René, 19 ans, tourneur sur bois, salle Corvisart, n° 2.

Histoire du malade. — Toujours malade dans l'enfance, le malade a été difficile à élever ; à 5 ans, à la suite de la coque-

luche, il aurait présenté des crises d'asphyxie répétées avec tirage et cornage. A 13 ans, bronchite grave et prolongée, à la suite de laquelle il est envoyé à Forges un an. A sa rentrée, il commence son apprentissage, et depuis, son état s'était amélioré. Cependant, l'an dernier, il avait dû s'aliter pendant trois semaines, l'hiver, pour une bronchite fébrile.

Il y a six semaines, à la suite d'une promenade à bicyclette, il crache du sang, et huit jours après, un épisode fébrile se déclanche.

Etat actuel des lésions. — A droite : Obscurité des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire, avec aspect en nid d'abeille sous la clavicule.

A gauche : Fines marbrures entre le hile et la clavicule, petites calcifications disséminées dans le parenchyme.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 62 ans, bien portant, a été interrogé.

Mère. — Morte à 33 ans, de tuberculose pulmonaire, le malade avait 3 ans.

Une sœur aînée, morte à 17 ans, en 1918, de tuberculose pulmonaire aiguë, avait eu un mal de Pott à 11 ans.

Interprétation. — Tuberculose d'origine maternelle n'ayant jamais cessé de manifester sa tendance évolutive.

OBSERVATION CCXC

M. Sim... Octave, 16 ans, sans profession, consultation.

Histoire du malade. — A 5 ans, bronchite grave et fébrile.

A 11 ans, congestion pulmonaire bilatérale, mettant ses jours en danger.

A 14 ans, apparition d'une fistule anale.

A 15 ans, amaigrissement progressif, poussées thermiques presque continues.

Actuellement, tuberculose pleuro-pulmonaire droite, épanchement lymphocytaire ponctionné à deux reprises différen-

tes. Râles bulleux éclatants au niveau du sommet. Expectoration richement bacillaire.

Histoire familiale. — Mère. — Morte tuberculeuse, à 36 ans, il y a neuf ans, à l'hôpital Laënnec.

Père. — Actuellement soigné à Cochin pour bronchite chronique (?).

Un frère, mort il y a neuf ans, six mois après la mère, de méningite (?).

Une sœur, âgée de 19 ans, atteinte antérieurement d'adénopathies cervicales suppurées, actuellement bien portante.

Une sœur, morte à 17 ans, l'an dernier, de tuberculose pulmonaire à marche aiguë.

Interprétation. — Cas démonstratif de tuberculose familiale, ayant touché les quatre enfants. Evolution continue chez notre malade.

OBSERVATION CCXCI

M. J... Jean-Marie, 17 ans, imprimeur, salle Corvisart, n° 15.

Histoire du malade. — Ne se souvient d'aucune maladie dans la première enfance.

A 9 ans, il est atteint de mal de Pott, dorso-lombaire, et traité à Berck pendant deux ans. Il est renvoyé de Berck parce qu'il tousse et entre ensuite aux Enfants-Malades où il reste encore deux ans en traitement. Peu à peu sa santé se consolide et à part une forte bronchite fébrile en 1922, **il a pu exercer** une profession assez pénible sans trop de fatigue.

En mai dernier, cependant, il commence à maigrir et à tousser continuellement et il entre en juin à la Pitié pour une grave poussée évolutive à laquelle il succombe en août.

Etat des lésions à l'entrée. — Forte déformation thoracique. Infiltration bilatérale cavitaire très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte il y a 11 ans, de tuberculose pulmonaire, le malade avait 6 ans.

Un frère, mort à 2 ans, de méningite en 1915.

Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 17 ans, en 1920, elle habitait avec une tante à la campagne et notre malade n'avait pas eu de contact pendant sa maladie.

Un frère de 21 ans, bien portant.

Interprétation. — Tuberculose de primo-infection n'ayant jamais cessé de manifester sa tendance évolutive.

OBSERVATION CCXCIII

M. J... Charles, garçon de bureau, 37 ans, salle Corvisart, n° 7.

Histoire du malade. — Considéré dans son enfance comme fragile au point de vue pulmonaire, il a fait plusieurs bronchites et fut réformé à la conscription pour *tuberculose ouverte*. En 1913, à la suite d'une hémoptysie, il est envoyé à Brevannes, où il reste onze mois. En 1915, il est maintenu en réforme, mais huit mois plus tard, un nouvel examen le fait classer dans l'auxiliaire. Il est employé pendant un an et demi dans une manutention militaire, restant fréquemment malade, toujours enrhumé.

En décembre dernier, sans cause favorisante, il commence une poussée évolutive progressive et continue.

Etat actuel des lésions. — Infiltration bilatérale très étendue avec aspect en mie de pain sous les deux clavicules.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 46 ans, d'un cancer du larynx.

Mère. — Morte quand le malade avait 6 ans, de tuberculose pulmonaire.

Une sœur, âgée de 47 ans, bien portante.

Interprétation. — Primo-infection maternelle active et évoluant à bas bruit depuis l'enfance.

OBSERVATION CCC

Mlle F... Renée, 20 ans, domestique, salle Potain, n° 11.

Histoire de la malade. — Dès son enfance, elle est sujette aux bronchites et est entrée deux fois à l'hôpital Trousseau pour des incidents pulmonaires, à 6 ans et à 11 ans. De plus, à 14 ans, elle fit une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie et fut envoyée à Forges, pendant trois mois.

A 17 ans, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour un épisode aigu, qualifié pleurite et guéri sans ponction, en trois semaines. Mais depuis ce moment, elle n'a guère cessé de tousser.

Il y a deux mois, sans aucune cause favorisante, la fièvre s'est installée et la maladie évolue rapidement.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Obscurité du tiers supérieur du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

A droite : Taches et marbrures entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort de bronchite chronique (?) en 1914.

Mère. — Bien portante.

Une sœur, morte à 11 ans de méningite (?) en 1915.

Un frère et une sœur, plus âgés, bien portants.

Interprétation. — Primo-infection riche, d'origine paternelle, probable, n'ayant jamais cessé de manifester son activité.

OBSERVATION I

Mme Ser..., 28 ans, comptable, salle Quesnay, n° 13.

Histoire de la maladie. — Bretonne, a vécu dans une petite ville jusqu'à l'âge de 24 ans. Durant son enfance, particulièrement fragile, bronchites à répétitions, qui la tiennent au lit, parfois plusieurs semaines, chaque hiver. Rougeole et oreillons dans la seconde enfance.

Entre en apprentissage dans une maison de commerce à 17 ans, et y reste jusqu'à 24 ans ; à cette époque, elle se marie et vient à Paris comme comptable. Situation aisée, pas de surmenage.

En 1921, fausse couche de trois mois, spontanée, sans suites pathologiques.

Légère bronchite fébrile pendant l'hiver 1921-1922.

En août 1922, accouche normalement d'un enfant à terme et cesse de travailler. *Après huit mois d'allaitement*, en février 1923, survient un épisode aigu, du type grippal, auquel succède une bronchite fébrile. Amélioration légère en avril et départ à la campagne, mais dès l'arrivée en Bretagne, survient une recrudescence fébrile, avec crachats hémoptoïques et laryngite.

Entre à Laënnec en juin 1923.

Etat actuel des lésions. — Densification de la moitié supérieure du poumon droit, trouée de spélonques, à limite inférieure nettement scissurale.

A gauche : Bande d'ombre sous-claviculaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 44 ans d'une affection pulmonaire chronique, inconnue de la malade.

Mère. — Actuellement bien vivante et bien portante.

Quatre sœurs. — Plus jeunes que la malade, restées en Bretagne et bien portantes.

Un frère. — Mort à 22 ans, en 1916, de *tuberculose pulmonaire* dans un sanatorium, séparé de sa sœur, avant le début de sa maladie.

Mari. — Bien portant.

Interprétation. — Contamination probable dans le milieu familial, puisqu'un frère, plus âgé d'un an, est mort tuberculeux.

Poussées intercurrentes qualifiées bronchites fébriles.

Influence probable de l'allaitement sur la poussée actuelle.

OBSERVATION IX

M. Bon..., 30 ans, dessinateur industriel, salle Chomet, n° 8.

Histoire du malade. — A toujours habité Paris. Enfance fragile, avec rougeole vers l'âge de 6 ans, et surtout, mais seulement à partir de 13 ans, des *bronchites fréquentes* et prolongées nécessitant des arrêts répétés de ses études. Cependant le malade a fait toute la guerre dans le génie, dans des conditions très douces et sans aucune maladie.

A la suite de la guerre, il reste amaigri, facilement fatigué. Il se marie en 1920, et peu après, il se livre à un *entraînement sportif* manifestement intensif et exagéré, en dehors de son travail habituel ; ce qui lui vaut plusieurs « chaud et froid » sans importance. Mais en avril 1922, le malade qui a présenté progressivement tous les signes d'une imprégnation tuberculeuse fait une hémoptysie avec fièvre durant trois semaines. Il se soigne à la campagne jusqu'en octobre et reprend son travail bien qu'il continue à maigrir et à tousser. En avril 1923, enfin, survient une poussée fébrile, qui se continue encore actuellement.

Etat actuel des lésions. — Opacité du sommet droit avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Foyer d'ombre à la partie externe de la base gauche.

Histoire de la famille. — Père. — Mort en 1914, de *tuberculose pulmonaire*, malade depuis plusieurs années.

Mère. — Morte pendant la guerre de *tuberculose pulmonaire*.

Pas de collatéraux.

Femme bien portante ; pas d'enfant.

Interprétation. — Le malade a vécu avec son père malade jusqu'à la guerre et il semble qu'à cette époque, il était particulièrement fragile du côté pulmonaire. Mais la guerre lui apporte une amélioration nette et persistante et ce n'est qu'en

1922 qu'il devient tuberculeux avéré, à la suite de ses excès sportifs.

OBSERVATION XVII

Mlle Dela..., 20 ans, dactylographe, salle Quesnay, n° 8.

Histoire de la malade. — La malade, parisienne, signale de nombreuses bronchites dans l'enfance et dans l'adolescence, mais si elle s'enrhumait facilement, à aucun moment, elle ne fut malade assez sérieusement pour être retenue au lit. « A chacun de ses rhumes, elle toussait longtemps ».

En 1921, elle habitait une pension de famille avec une jeune fille malade, morte depuis, de tuberculose pulmonaire. Mais la malade n'avait aucune relation avec elle, ne lui parlait jamais et ne la voyait qu'à l'heure des repas.

En 1922, commence pour elle une existence agitée ; elle a quitté le foyer familial pour vivre seule dans une chambre bien aérée et confortable. Mais en dehors de ses heures de bureau, elle fréquente le dancing tous les soirs, mène une vie irrégulière, se privant de dîner le soir. C'est vers cette époque qu'elle commence à avoir des rapports **génitaux clandestins** mais fréquents.

En janvier 1923, survient un épisode aigu du type grippal qui marque le début de l'épisode actuel qui a évolué sans aucune régression.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaires de la totalité du poumon droit.

Poumon gauche normal.

Pneumothorax artificiel.

Histoire familiale. — Ni frère, ni sœur.

Parents vivants et bien portants qu'elle ne fréquente plus depuis 1921.

Interprétation. — Il semble s'agir du réveil d'une primo-in-

fection mal éteinte sous l'influence du *surmenage de plaisir associé aux privations*.

OBSERVATION XXV

M. Le..., 26 ans, mécanicien dentiste, salle Chomel, n° 10.

Histoire du malade. — Parisien, a toujours vécu à Paris. A eu la rougeole à 4 ans et à 7 ans une *adénopathie cervicale tuberculeuse suppurée*, ayant laissé de multiples cicatrices adhérentes. Jusqu'à 15 ans il est chétif, malingre, suspect de bacillose et envoyé à plusieurs reprises au bord de la mer. *Mobilisé en 1916*, il est envoyé au front dans l'artillerie et y fait tout le reste de la campagne dans des conditions relativement douces (infirmier) sans aucune maladie. Après la guerre, il reprend son métier et continue à jouir d'une excellente santé.

En décembre dernier, il y a cinq mois, le malade se marie et sa vie se modifie complètement : heures de travail supplémentaires pour augmenter les ressources du ménage dont les besoins sont excessifs ; sorties fréquentes le soir vers les lieux de plaisirs habituels, repas succincts, souvent réduits, et enfin, surmenage génital intensif et reconnu par le malade lui-même.

Le résultat ne se fait pas attendre et en février dernier, le malade contracte « un gros rhume », d'abord méprisé, mais qui s'aggrave et devient fébrile. Au bout de trois semaines, nous sommes en pleine évolution aiguë.

Etat actuel des lésions. — Lésions cavitaires bilatérales très étendues.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte à la suite d'une fausse couche en 1901 ; après une maladie pulmonaire ayant duré trois mois ; le malade affirme qu'il ne s'agissait pas de tuberculose (?).

Deux frères et une sœur, morts dans la première enfance de maladies ignorées du malade.

Femme. — Examinée et reconnue indemne de tuberculose pulmonaire.

Interprétation. — Il est permis de suspecter la mère de notre malade de tuberculose et nous pouvons invoquer trois arguments :

1° Mort d'affection pulmonaire à la suite d'une fausse couche qui était la 5^e grossesse.

2° Mort de trois enfants en bas âge.

3° Adénopathies cervicales tuberculeuses du seul enfant survivant, l'aîné, notre malade.

Ce qu'il est intéressant de noter c'est que cette tuberculisation active de l'enfance paraît être entrée en période de latence absolue depuis 11 ans, et la fatigue de la guerre, modérée il est vrai pour notre sujet, n'a pas suffi à la réveiller.

Mais le surmenage, les privations qui ont suivi le mariage et dont le malade reconnaît l'absurdité après nous les avoir décrits en détails, paraissent bien être le facteur débilitant, cause de cette tuberculose à marche rapide pour laquelle aucune contagion récente connue ne peut être invoquée.

OBSERVATION XLIII

M. R..., 23 ans, employé de tramway, salle Chomel, n° 4.

Histoire du malade. — Frêle et souvent enrhumé dans son enfance, le malade est sujet aux rhumes et fait en 1918, à 18 ans, une pleurésie droite avec épanchement qui guérit complètement. Il est réformé en 1920 pour une malformation congénitale du pied et entre à la Compagnie des tramways, comme receveur.

En février dernier, en pleine santé, à la suite d'un refroidissement, il se produit un épisode pulmonaire brutal, du type *pneumonique* qui terrasse le malade du jour au lendemain : il s'agit d'une bronchopneumonie tuberculeuse subaiguë qui ne s'est pas arrêtée dans son évolution.

Etat actuel des lésions. — Lésions symétriques des deux tiers supérieurs des deux champs pulmonaires avec cavités multiples.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte de *tuberculose pulmonaire*, lorsque le malade avait 11 ans.

Un frère plus jeune (16 ans), bien portant actuellement.

Marié depuis deux ans, habite avec ses beaux-parents qui sont, ainsi que sa femme, en excellente santé.

Interprétation. — Tuberculose d'origine maternelle incontestable ayant manifesté son existence, il y a cinq ans, par une pleurésie et actuellement par des lésions rapidement évolutives, ce dernier réveil favorisé par un refroidissement.

OBSERVATION LXX

Mlle D... Suzanne, 22 ans, journalière. Dispensaire.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Lyon, la malade a toujours été chétive et mal portante. Elle a fait de nombreuses maladies de l'enfance : rougeole, scarlatine, fièvre muqueuse, oreillons et bronchite. C'est surtout en 1919, qu'elle a commencé à tousser à la suite de la *grippe*. Elle vient à Paris l'année suivante et dès le premier hiver, elle connaît l'hôpital pour bronchite. En 1922, légère hémoptysie. Enfin il y a trois semaines, à la suite d'une fausse couche de deux mois ayant nécessité un curettage, elle commence une poussée fébrile très sévère.

Etat actuel des lésions. — Obscurité des deux tiers supérieurs du poumon droit avec images cavitaires multiples.

A gauche, quelques taches floues périhilaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort *tuberculeux*, en 1912 (la malade avait dix ans).

Mère. — Morte *tuberculeuse* en 1913.

La malade est la cinquième d'une famille de sept enfants.

Les deux aînés sont mariés et bien portants.

Le 3^e est mort en 1920, de *tuberculose pulmonaire* : il avait été réformé 100 % après la guerre.

La 4^e est morte en 1919, de *tuberculose pulmonaire* ayant évolué aussitôt après une grippe, en 1918. Elle habitait à ce moment avec notre malade qui fut atteinte de la grippe en même temps et qui commença à tousser en même temps.

Les deux derniers, frère et sœur, âgés de 19 et 20 ans, sont très bien portants (ont été examinés au dispensaire).

Interprétation. — Il s'agit de *tuberculose familiale* avec primo-infection riche et active, réveillée par la *grippe*, en 1918, et prenant une allure rapidement évolutive à la suite d'une fausse couche.

OBSERVATION LXXI

M. Lem..., 25 ans, comptable, salle Chomel, n° 24.

Histoire du malade. — Elevé à Paris, le malade a eu de *fréquentes bronchites* dans son enfance, il fut à deux reprises envoyé pendant 4 mois à la campagne parce qu'il était faible de la poitrine. En 1916, à 18 ans, il est hospitalisé pour *pleurite de la base droite*, mais l'année suivante il est pris dans le service armé et accomplit les neuf derniers mois de la guerre au front, dans l'infanterie, sans aucun incident.

Depuis ce temps, il était nettement mieux portant. Marié en 1920, il accuse un gros *surmenage de travail*, surtout marqué depuis 6 mois : heures supplémentaires après son bureau comme contrôleur dans un théâtre.

Un soir, il y a trois mois, il prend froid, et le lendemain il crache du sang : c'est le début d'une évolution tuberculeuse progressive.

Etat actuel des lésions. — A gauche : taches et marbrures de la moitié supérieure.

A droite : gros foyer périciliaire, descendant vers la base avec image cavitairé probable.

Histoire familiale. — Père. — Encore vivant, vieil asthmatique, actuellement non bacillaire.

Mère, ses trois sœurs, plus jeunes, et sa femme sont en excellente santé.

Interprétation. — Le malade paraît avoir eu dans son adolescence plusieurs manifestations de tuberculose atténuée. La guerre, loin de l'aggraver, semble l'améliorer, et ce n'est qu'à la suite d'un surmenage vraiment excessif qu'il commence sa poussée évolutive actuelle.

La primo-infection n'a pas sûrement été contractée dans le milieu familial.

OBSERVATION LXXVIII

M. D..., 20 ans, garçon livreur, salle Chomel, n°5.

Histoire du malade. — Ne se rappelle pas de ses maladies de l'enfance. Mais la mère, interrogée, raconte qu'il fut toujours fragile, enrhumé « comme sa sœur, d'ailleurs, morte l'an dernier de tuberculose ».

A 17 ans, une fracture de jambe compliquée, le maintient 4 mois au lit, il se relève très faible et continue à tousser. En mai 1923, il est réformé à l'arrivée au corps, pour bronchite suspecte.

C'est alors qu'il devient livreur sur tri-porteur et accomplit ce pénible métier pendant trois mois. Il entre alors à l'hôpital dans un état de cachexie avancée.

Etat actuel des lésions. — Obscurité symétrique du tiers supérieur des deux champs pulmonaires avec aspect en mie de pain sous la clavicule droite.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, mais tousseur chronique, non examiné.

Mère. — Bien portante.

Une sœur, morte à 20 ans, en 1922, de *tuberculose pulmonaire*. Le malade n'a eu aucun contact avec elle. Elle avait quitté le milieu familial depuis 4 ans.

Deux frères, âgés de 16 et 14 ans, actuellement *bien portants*, et visités au dispensaire. Le second, porteur d'une adénopathie péri hilaire droite assez volumineuse, doit être envoyé prochainement à Hendaye.

Interprétation. — La mère, résignée, nous dit que ses deux aînés furent toujours malades, difficiles à élever, alors que les deux derniers enfants sont au contraire robustes et ne connaissent pas la moindre indisposition.

Pourquoi cette différence ? L'interrogatoire serré nous révèle un fait de la plus haute importance : en 1903, avant la naissance des deux derniers, le père a fait une « *pneumonie* » qui a duré sept semaines. Ce fut d'ailleurs sa seule maladie, mais il tousse depuis. Ne pourrait-on interpréter cette pneumonie de 7 semaines, comme un épisode tuberculeux et y trouver l'origine de la primo-infection riche qui n'a cessé d'évoluer chez les deux aînés. Quant aux causes favorisantes qui ont pu intervenir chez notre malade (fracture de jambe, surmenage physique), il est bien permis de penser que sans elles, la malade ne s'en serait pas moins développée inexorablement.

OBSERVATION LXXXVI

Mme Bas... 23 ans, ouvrière d'usine (consultation Maternité).

Histoire de la malade. — Vient consulter à la Maternité de la Pitié, pour sa troisième grossesse, dans un état de cachexie avancée.

Née et élevée à Paris, elle a eu le croup à 3 ans et la coqueluche à 7 ans. « D'aussi loin qu'elle se rappelle » elle a *toussé tous les hivers* et fait bronchite sur bronchite. Mais se trouvait beaucoup mieux portante depuis 2 ans.

Mariée en 1920, elle accouche en février 1921, d'un enfant à terme et vivant, mort à 4 mois, de méningite tuberculeuse, à Trousseau.

En novembre 1922, nouvel accouchement à terme ; l'enfant meurt à 17 mois, de méningite tuberculeuse, à Trousseau, et le père meurt en décembre, à l'hôpital Cochin, d'une affection pulmonaire chronique.

En juin dernier, alors qu'elle était bien portante et remariée, elle devient enceinte de nouveau, et dès la fin du 2^e mois surviennent des signes graves d'imprégnation bacillaire : toux, expectoration bacillaire, amaigrissement rapide.

Etat actuel des lésions. — Infiltration cavitaire du tiers supérieur du poumon droit avec rétraction costale et médiastinale.

A gauche : foyer d'ombre à la partie moyenne avec aspect en mie de pain.

Histoire familiale. — Mère. — Agée de 69 ans, vivante et bien portante, retraitée après 31 ans de service comme infirmière dans un hôpital.

Elle est mariée deux fois :

Le premier *mari* est mort *tuberculeux*, en 1899, il y a 25 ans, elle en avait eu 8 enfants, dont l'aîné seul, âgé de 44 ans est actuellement bien portant.

Les sept autres sont morts : trois dans la première enfance, les autres entre 11 et 17 ans, *tous à la suite de manifestations tuberculeuses.*

Le deuxième mari est mort, également, d'une maladie chronique non précisée, en 1917. Un seul enfant de ce deuxième mariage : notre malade.

Notre malade a épousé, en 1920, comme nous l'avons dit, un premier mari mort en décembre 1922, d'une affection pulmonaire qui paraît bien être tuberculeuse.

Elle s'est remariée au début de cette année ; son mari examiné est reconnu indemne de tuberculose.

Interprétation. — Cette observation est un des plus beaux exemples de tuberculose familiale.

La tuberculose du premier mari de sa mère contamine sept enfants sur 8, épargnant l'aîné, et quand notre malade vient au monde, elle se trouve auprès de trois de ses beaux-frères qui meurent ensuite de tuberculose. C'est d'eux vraisemblablement qu'elle reçoit sa primo-infection riche et répétée, et cette primo-infection se manifeste pendant son adolescence par des bronchites répétées. Il est probable qu'elle a contaminé son premier mari et ses deux enfants, et maintenant, sa *troisième grossesse* favorise une poussée sévère qui ne semble pas devoir régresser.

OBSERVATION XCVII

Mme Laj... Marie, 29 ans, ménagère. Consultation de la Maternité.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade a eu la rougeole et la coqueluche à 11 ans, une bronchite à 13 ans, au moment où elle venait d'entrer en apprentissage. A 17 ans, nouvelle bronchite beaucoup plus grave, cette fois, puisque après un mois d'hôpital on lui découvre une *pleurésie droite séro-fibrineuse* qu'il a fallu ponctionner à deux reprises différentes.

A partir de ce moment, elle est restée malade, toujours fatiguée, toussant par périodes aussi bien l'hiver que l'été. Plusieurs fois elle est obligée de s'aliter.

L'an dernier, elle se marie et *devient enceinte après 10 mois* de mariage. Dès le *deuxième mois*, la fièvre s'allume, la faiblesse est extrême, l'amaigrissement très prolongé. Elle est examinée à l'occasion de sa grossesse et son affection paraît prendre une allure rapidement évolutive.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des 2/3 supérieurs du poumon droit avec riche aspect en mie de pain.

Foyer d'ombre très foncé entre le hile et la clavicule avec image spéléoncaire au centre.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Morte il y a treize ans, de tuberculose pulmonaire après une maladie qui aurait duré 4 ans.

Une sœur, âgée de 22 ans, actuellement enceinte de 8 mois $\frac{1}{2}$, habitant la campagne, et présentant toutes les apparences d'une bonne santé.

Mari. — Bien portant, a été examiné.

Interprétation. — Tuberculose familiale d'origine maternelle, évoluant sous le mode torpide pendant toute l'adolescence et aggravée nettement sous l'influence de la grossesse.

OBSERVATION XCIX

Mme Rich... Marie-Jeanne, 26 ans, brodeuse. Salle Bouil-
laud, n° 11.

Histoire de la malade. — Née dans un petit village de Vendée, près des Sables-d'Olonne, en plein foyer de tuberculose, elle connaît la maladie dès l'âge de 9 ans : à cette époque, elle souffre d'une conjonctivite double avec troubles très marqués de la vue, à la suite de laquelle apparaissent des *adénites cervicales froides bilatérales* qui ne tardent pas à se fistuliser. Puis elle fait une *ostéite du coude droit* également suppurée et entre dans un sanatorium où elle subit des interventions chirurgicales.

Elle rentre chez elle à 11 ans, un an avant la mort de son père, à peu près guérie au point de vue local. Mais bientôt survient la première *bronchite* qui se répète ensuite tous les hivers, sans exception, la tenant au lit ou à la chambre pendant plusieurs semaines ; le plus souvent elle faisait « un rhume de printemps » qui se prolongeait jusqu'à l'été.

Jusqu'à 20 ans, elle reste dans son village, travaillant chez elle à des travaux de lingerie. Puis elle vient à Paris, loge

chez les sœurs de la rue St-Merry en attendant de trouver une place. Mais trois mois après, une *broncho-pneumonie* la fait entrer à l'Hôtel-Dieu pour deux mois ; on ne lui trouve pas de bacilles dans les crachats à cette époque.

Peu après elle se met en ménage, avec un mari d'ailleurs malade, et accouche le 7 septembre 1921, d'un enfant à terme, allaité 17 mois et actuellement soigné aux Enfants-Malades pour tuberculose pulmonaire et tumeur blanche du genou.

Pendant le cours de sa *deuxième grossesse*, elle entre à Tenon pour grosse bronchite et elle y accouche le 1^{er} février 1924. Elle est transportée ensuite à la Crèche de l'hôpital Laënnec avec son enfant qui a été séparé de la mère dès la naissance.

Elle entre enfin en août 1924 à la Pitié, pour tuberculose rénale bilatérale, accompagnée de lésions ulcéro-caséuses sur toute l'étendue du poumon gauche (présence de bacilles de Koch dans les crachats et dans l'urine).

Histoire familiale. — Père. — Mort de *tuberculose pulmonaire* après huit ans de maladie, en 1910 (notons que sa sœur et sa nièce sont mortes également de tuberculose pulmonaire).

Mère. — Agée de 59 ans, bien portante, examinée et interrogée.

La malade est la dernière d'une famille de huit enfants dont il reste trois survivants : un frère âgé de 38 ans (l'aîné de la famille), une sœur âgée de 35 ans (la 3^e), notre malade.

Tous les autres sont morts entre 2 et 11 ans : deux de méningite tuberculeuse, un de mal de Pott, deux de tuberculose pulmonaire.

Mari. — Réformé pour bronchite, est mort en décembre dernier à Andral, de tuberculose pulmonaire, à 29 ans.

Dans la famille du mari : une sœur est morte en novembre dernier, à la Charité, de tuberculose pulmonaire et un frère est actuellement soigné à Laënnec pour un pneumothorax artificiel.

Interprétation. — Il est curieux de remarquer combien

cette malade, fille, sœur et femme de tuberculeux, atteinte dès l'enfance, de tuberculose ganglionnaire et osseuse, résiste longtemps à l'infection tuberculeuse ; ce n'est qu'après deux grossesses et combien de misères et de privations, que la maladie triomphe enfin de sa résistance.

OBSERVATION CI

M. Leb..., Léopold, 44 ans, homme de peine, Corvisart, n° 11.

Histoire du malade. — Né à Paris, il fait à 11 ans, à la suite de la rougeole, une *bronchite grave*, très prolongée, soignée aux Enfants-Malades et il part l'année suivante à la campagne où il reste pendant six ans, auprès de ses grands-parents. Il continue d'ailleurs pendant toute cette période à être malade et en particulier à tousser.

Revenu à Paris, sa santé est améliorée au point qu'à 20 ans, il est pris par le service armé ; mais au bout d'un an de vie à la caserne, une congestion pulmonaire l'amène à l'hôpital et quelques mois après il est réformé avec le diagnostic de *tuberculose pulmonaire ouverte*.

Il se marie à 27 ans avec une femme âgée de 18 ans, très bien portante, mais qui meurt treize ans plus tard, de tuberculose pulmonaire. Lui-même a toujours continué à tousser et souvent l'hiver ou au printemps, il est retenu au lit par de la fièvre.

En 1914, il est maintenu en réforme ; et pendant la guerre à cinq conseils de réformes successifs on le reconnaît tuberculeux.

En 1922, embauché pendant l'hiver dans un chantier de construction, il fait une nouvelle « congestion pulmonaire » fébrile avec hémoptysie. Enfin, il y a deux mois, après deux ans d'amélioration sensible, survient la poussée actuelle, très

sévère, avec température hectique et amaigrissement considérable.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la presque totalité du poumon droit avec multiples cavités.

A gauche, défaut de transparence du sommet avec taches et marbrures sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 27 ans de la poitrine.

Mère. — Morte à 31 ans (p). Le malade ignore la cause de la mort de sa mère, avec laquelle il n'a plus été en contact après l'âge de 12 ans.

Une sœur bien portante.

Femme. — Bien portante au moment du mariage, devient malade cinq ans après, en 1912, au cours de sa deuxième grossesse et meurt de tuberculose pulmonaire en 1920, après plusieurs poussées qui l'amènèrent à plusieurs reprises à l'hôpital.

Les parents de cette femme sont entachés de tuberculose.

Son père est mort, en 1906, de tuberculose, quelques mois avant le mariage de sa fille, qui a « été retardé pour cette cause ».

Sa mère, encore vivante, est bien portante.

Ses deux frères sont morts de la poitrine, l'un en 1905, l'autre en 1921. Ils n'étaient mariés ni l'un, ni l'autre.

Deux enfants : 12 ans et 14 ans $\frac{1}{2}$, élevés à la campagne depuis l'âge de 2 ans, très bien portants.

Interprétation. — Dans cette histoire de tuberculose des deux conjoints, la contagion a-t-elle joué un rôle ? Il ne le semble pas : le mari était tuberculeux avant le mariage, et la femme bien portante, en apparence, présente des antécédents tels qu'il est à supposer qu'elle était atteinte d'une tuberculose latente réveillée par la grossesse. La surinfection à laquelle elle était soumise a peut-être joué un rôle, mais il faut remarquer que ses deux frères, non soumis à ce facteur, sont cependant morts de tuberculose. Quant à notre malade, il s'agit chez lui d'une tuberculose fibreuse, à évolution lente,

et dont la poussée récente qui semble particulièrement grave, a été favorisée par un *alcoolisme* très marqué, sans aucun signe clinique d'insuffisance hépatique (Cuti + + +.)

OBSERVATION CII

M. Heef..., 30 ans, cocher livreur. Salle Corvisart, n° 19.

Histoire du malade. — Très jeune, il était toujours malade. Il a eu la rougeole, la coqueluche, les oreillons, la varicelle, mais jamais, dit-il, de bronchite. Cependant, il fut envoyé pour faiblesse et anémie, deux fois à Hendaye et une fois à Forges.

Il se marie au début de 1914 à 20 ans et peu après, il est mobilisé service armé. Mais après trois mois de séjour au dépôt, il est hospitalisé pour une bronchite grave, à la suite de laquelle il est versé dans l'auxiliaire et quelques mois plus tard, réformé n° 2.

Revenu à l'intérieur, il continue à travailler « en toussillant » mais jusqu'en 1921, aucun épisode sérieux ne l'oblige à se coucher. En 1921, poussée pleurale qui dure une quinzaine de jours.

En 1922, épisode grippal fébrile, prolongé, avec toux et expectoration.

En janvier 1924, enfin, poussée brutale, à début très brusque du type pneumonique, survenue à la suite d'un refroidissement et qui n'a pas regressé depuis.

Etat des lésions en avril 1924. — Tuberculose ulcéro-caséuse très étendue, et caverneuse, bilatérale, prédominant à droite.

Etat actuel. — A la suite d'une crise de suffocation brusque, avec point de côté, on constate radiologiquement que le malade est atteint d'un hydro-pneumothorax total du côté gauche, et d'un hydro-pneumothorax enkysté de la base droite.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 57 ans de congestion pulmonaire aiguë, ayant duré huit jours, il y a sept ans.

Mère. — Morte à 52 ans d'apoplexie (?) il y a 4 ans elle avait été soignée peu de temps avant sa mort, pour tuberculose pulmonaire par un spécialiste très connu, mais le malade, marié, n'habitait plus avec elle.

Le malade est le deuxième d'une famille de six enfants, dont deux ont été tués à la guerre et dont les trois autres sont bien portants.

Femme. — Bien portante.

Trois enfants. — Agés de 10 ans, 8 ans et 6 ans, examinés : cuti positive chez les trois, mais absence complète de lésion pulmonaire sur le cliché.

Interprétation. — Lésions latentes datant probablement de l'enfance et réveillées au cours du service militaire. Poussée actuelle nettement en rapport avec un *gros refroidissement* : un soir de janvier, le malade qui avait oublié son manteau, a été trempé sur le siège de sa voiture, il est rentré chez lui en grelottant et dès le lendemain, il se mettait au lit.

OBSERVATION CXIV

M. M... Maurice, 21 ans, polisseur, salle Louis, n° 12.

Histoire du malade. — Signale de nombreuses maladies de l'enfance : la rougeole compliquée de bronchopneumonie à 3 ans, la scarlatine à 4 ans ; la coqueluche à 6 ans et surtout des *bronchites très fréquentes*, pendant l'adolescence. Malingre et peu résistant, il est ajourné au Conseil de révision en 1923 et en 1924. En décembre 1922 et en janvier 1923, le malade raconte s'être livré à une vie très agitée : après chaque journée de travail il sortait en joyeuse compagnie et le bal, les abus de boisson et les excès génitaux ne tardèrent pas à lui valoir un double résultat : d'abord un *chancre syphilitique*, en février, d'ailleurs mal soigné, puis un épisode pulmonaire

sérieux survenu en mars 1923, en pleine roséole. Pendant trois mois il tousse et crache abondamment, souffre de fièvre, d'anorexie, de sueurs nocturnes. Il s'améliore un peu dans l'été, fait une nouvelle bronchite pendant l'hiver 1923 et en mars, enfin, survient la poussée actuelle qui nécessite son entrée à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure du poumon droit avec aspect en mie de pain sous la clavicule. Base normale.

A gauche : Aspect normal.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Mort emphysémateux à 46 ans, il y a 2 ans. Il était malade depuis une dizaine d'années, et au moment de sa mort il était devenu d'une maigreur extrême, avec sueurs nocturnes, œdème des membres inférieurs. *Il s'agit vraisemblablement de tuberculose.*

Mère. — Actuellement malade, mais ne tousse pas.

Deux frères, morts de méningite, il y a 7 ans environ, à l'âge de 3 et 4 ans.

Une sœur, âgée de 19 ans, actuellement suivie dans un dispensaire pour bronchite suspecte, en instance de départ dans un sanatorium.

Interprétation. — Il s'agit incontestablement du réveil d'une primo-infection d'origine familiale, qui s'est d'ailleurs manifestée à plusieurs reprises par de fréquentes bronchites. Le malade a été certainement soumis à des infections successives nombreuses durant son adolescence : mais il avait quitté, deux ans avant la mort de son père, sa famille, et par conséquent, depuis 4 ans il n'y a pas eu de nouvelles infections. Le rôle du surmenage de plaisir peut être invoqué ici mais aussi l'influence anergisante d'une syphilie récente : la première manifestation nette de tuberculose s'étant produite au moment de la période secondaire.

OBSERVATION CXXXXIII

Melle B... Odette, 17 ans, sans profession, salle Hanot, n° 15.

Histoire de la malade. — Rougeole et scarlatine dans la première enfance.

La malade a toujours été fragile, anémique, *facilement enrhumée* sans bronchite véritable.

Il y a un an, poussée de croissance très marquée (la malade grandit de 11 cm. en 3 mois).

En février 1924, sans cause apparente, apparition rapide de tout le cortège des signes d'une tuberculose évolutive.

Elat actuel des lésions. — A droite : densification du tiers supérieur avec spéléonque circulaire de trois centimètres de diamètre derrière la clavicule, petite tache au niveau du lobe moyen, base claire.

A gauche : hile arborescent avec quelques calcifications.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte il y a trois ans, à Brevannes, de *tuberculose pulmonaire*, après un an de maladie.

Deux frères, âgés de 22 et 14 ans, reconnus indemnes après visite de prophylaxie.

Interprétation. — Tuberculose de primo-infection ayant évolué brusquement à la suite d'une croissance rapide.

OBSERVATION CXXXXVII

Mme Bau... Thérèse, 20 ans, vérificatrice de films, salle Hanot, n° 21.

Histoire de la malade. — Sans avoir jamais fait de maladie sérieuse, la malade a toujours été fragile, et dans son enfance elle signale de petites bronchites chaque année « aussi bien l'été que l'hiver ».

En 1918, à 14 ans, elle est atteinte de *grippe épidémique*

sévère, avec complications pulmonaires dont elle guérit cependant après trois semaines de maladie. Depuis, elle remarque qu'elle tousse plus fréquemment.

En 1921, elle passe un examen sanitaire pour entrer dans une école d'apprentissage, à Lyon, et (sans examen radiologique), elle est reconnue saine au point de vue pulmonaire.

Trois mois après, en janvier 1922, elle fait une forte hémoptysie solitaire et reprend d'ailleurs ensuite son travail sans aucun surmenage. Elle commence à se plaindre d'une toux sèche et tenace.

En mars 1923, revenue à Paris, elle prend froid au sortir de l'atelier et s'alite pour une *pleurésie droite* qui guérit d'ailleurs complètement au bout de 6 semaines, sans ponction.

Dès ce moment se développent des signes nets d'imprégnation bacillaire qui subissent une forte aggravation dès les premiers mois d'une grossesse, qui survient en avril 1923.

État actuel des lésions. — A droite : défaut de transparence à limites floues, d'aspect triangulaire, entre la clavicule et la région moyenne. Spélonque de 3 cm. ou 4 cm. à la partie supérieure externe de cette ombre.

A gauche : au milieu, ombre triangulaire à limites très imprécises, de transparence non uniforme, avec au centre une cavité oblongue, de 5 à 6 cm. de long.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte de la grippe, en 1918.

Une sœur, morte de la grippe, le même jour que la mère.

Un frère, plus âgé que la malade et bien portant.

Trois frères, plus jeunes et qui, examinés au dispensaire, ont été reconnus indemnes de tuberculose.

Mari. — Bien portant.

Interprétation. — Il semble qu'il s'agit d'une primo-infection de l'enfance, qui évolue à bas bruit depuis déjà longtemps et ayant subi une légère poussée à la suite de la *grippe*, et un réveil nettement évolutif au cours d'une *grossesse*. La primo-infection ne paraît pas être d'origine familiale.

OBSERVATION CLI

M. R... Louis, 35 ans, graveur, salle Corvisart, n° 1.

Histoire du malade. — Abandonné par ses parents qu'il n'a pas connus, le malade est placé par l'Assistance publique dans une famille de paysans, dans la Côte-d'Or, à l'âge de 6 ans.

Un an après son arrivée, son père adoptif meurt d'un « chaud et froid » ayant duré quatre mois et demi, et presque au même moment notre malade fait sa première bronchite.

Depuis, il a toujours toussé et se considérait comme asthmatique. Réformé pendant son service actif, il est repris en 1914, et après deux ans passés au dépôt, il est envoyé au front. Au bout de 6 mois de tranchées, une grosse congestion pulmonaire le fait évacuer au Val de Grâce où, après une convalescence traînante, il est réformé 100 %, en 1917.

Depuis, son état général s'était maintenu bon. Il y a 3 mois, à la suite d'un refroidissement, une forme évolutive sévère se déclanche brutalement et le malade meurt en août 1924, avec une infiltration bilatérale cavitaire des deux poumons.

Histoire familiale. — Père adoptif. — Mort en 1907, de tuberculose probable.

Mère adoptive. — Bien portante.

Cette famille adoptive comporte trois filles, qui toutes étaient âgées de plus de 20 ans, et avaient quitté le milieu familiale au moment de la mort de leur père. Toutes trois mariées et mères de famille, elles sont bien portantes, actuellement.

Femme bien portante.

6 enfants, examinés, tous avec cuti-réaction positive, même les derniers, âgés de 8, 5 et 2 ans $\frac{1}{2}$.

Interprétation. — On trouve ici nettement l'origine de la primo-infection qui a toujours évolué à bas bruit chez notre

malade, subissant un premier réveil actif pendant la guerre, et une poussée terminale sous l'influence d'un *refroidissement*.

OBSERVATION CLVI

Mme Sp... Jeanne, 30 ans, infirmière, salle Mosny, n° 7.

Histoire de la malade. — Née à Paris, elle perd sa mère à 18 mois et élevée à l'Assistance publique. Toujours fragile dans l'enfance, malgré un séjour prolongé à la campagne, elle *s'enrhume facilement* et tousse tous les hivers.

En 1915, elle entre comme infirmière dans un service de maternité qu'elle n'a jamais quitté depuis.

En 1918, elle est atteinte de *grippe épidémique grave* et depuis elle tousse presque continuellement.

Mariée en 1921, elle prend un service de veille très pénible, qui la fatigue beaucoup. En 1923, elle accouche d'un enfant à terme, qui meurt un mois après de broncho-pneumonie.

C'est deux mois après, en août 1923, que surviennent des hémoptysies souvent répétées, fébriles, marquant chaque fois une poussée évolutive.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose cavitaire bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Inconnu.

Mère. — Morte de *tuberculose pulmonaire*, la malade avait 18 mois.

Une sœur morte à 24 ans, il y a 7 ans, de *tuberculose pulmonaire*, la malade n'avait aucun contact avec elle.

Mari. — Atteint de dysenterie amibienne chronique, n'a jamais toussé.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose de primo-infection évoluant à bas bruit depuis l'enfance, réveillée par la *grippe épidémique* et ayant subi après une *grossesse*, à la

faveur d'un surmenage important, une poussée évolutive sévère.

OBSERVATION CLXXXIV

M. M... Alexandre, 43 ans, tourneur sur bois, salle Corvisart, n° 15.

Histoire du malade. — Fréquemment malade dans l'enfance et dans l'adolescence, il raconte avoir eu de *nombreuses bronchites* qui l'empêchaient de suivre l'école, puis l'apprentissage. A 10 ans, il aurait eu une crise de *rhumatisme articulaire aigu*, et à 20 ans, il est réformé pour *rétrécissement de l'artère pulmonaire*.

Il se marie à 23 ans, en 1903, et sa santé est parfaite jusqu'en 1912. En 1911, sa femme meurt de *tuberculose pulmonaire* après 6 mois de maladie et en 1912, il est atteint, lui-même, à 31 ans, de *pleurésie droite*, ponctionnée.

Pendant l'hiver 1914-1915, survient une hémoptysie suivie d'une poussée évolutive prolongée 3 mois, et depuis il est sujet à des poussées fréquentes, de plus en plus sévères et entre à l'hôpital dans un état de cachexie avancée.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose fibro-caséuse bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 66 ans, en 1913, de la « maladie des porcelainiers », toussant depuis de nombreuses années.

Mère. — Agée de 78 ans, paralysée.

Un frère, mort à 20 ans, en 1908, de *tuberculose pulmonaire*. N'avait jamais quitté le foyer paternel, mais n'a eu aucun contact avec notre malade.

Femme, morte de *tuberculose pulmonaire*, en 1911, après sa 3^e grossesse.

Trois enfants, bien portants.

Interprétation. — Primo-infection familiale probable.

Rôle probable de la *surinfection conjugale* se traduisant par une pleurésie, mais non suivie d'évolution immédiate.

Depuis 1914, le malade avoue des habitudes d'intempérance invétérées avec mauvaise hygiène et misère physiologique.

(Pas de signes cliniques d'insuffisance hépatique).

OBSERVATION CLXXXV

M. Ch..., 37 ans, manœuvre, salle Corvisart, n° 1.

Histoire du malade — Né à Alger, dans un milieu pauvre et misérable, il a connu dans son enfance les privations et la maladie. Il est entré à l'hôpital d'Alger à de nombreuses reprises, presque toujours pour des *bronchites*. En 1914, il est mobilisé, mais son état de santé le fait rester au dépôt bien qu'à cette époque il se trouve relativement bien portant.

En 1918, il vient à Paris pour chercher du travail et mène avec sa femme, une vie misérable, plusieurs fois il est hospitalisé et considéré comme tuberculeux.

Cependant, c'est seulement depuis janvier 1924, que son état s'est nettement aggravé ; une poussée évolutive fébrile et continue l'a amené en six mois à la cachexie tuberculeuse.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale, plus marquée à gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *tuberculose pulmonaire* en 1919, après un an de séjour à l'hôpital.

Mère. — Agée de 58 ans, bien portante.

Deux frères aînés, bien portants, restés en Algérie.

Trois frères morts entre 17 et 24 ans, *tous trois de tuberculose pulmonaire*.

Femme. — Bien portante.

Un enfant de 7 ans, bien portant.

Un enfant mort à 2 ans de méningite tuberculeuse.

Interprétation. — Tuberculose familiale soumise à des réinfections fréquentes, le malade ayant habité avec son père jus-

qu'à son départ en France. Evolue d'une façon presque continue depuis l'enfance, rôle favorisant de la *misère*.

OBSERVATION CLXXX

Mme V... Amélie, 38 ans, femme de chambre. Salle Potain, n° 12.

Histoire de la malade. — Varicelle et coqueluche dans la première enfance.

A 8 ans, peu après la mort de son père, tuberculeux, *pleurésie* sèche à droite.

Depuis cette époque, la malade a toujours toussé et entre 18 et 20 ans, très anémiée, amaigrie, elle fut soignée pour *tuberculose*. En 1907, après un an de séjour en Suisse, elle se maria à 21 ans et dès lors, se trouve bien portante. En 1916, son mari est renvoyé des armées, réformé à 100 % pour *tuberculose pulmonaire*. Il meurt en 1920, et jusqu'au bout reste chez lui, soigné par notre malade.

Cependant, elle continue à être bien portante et à ne pas tousser. En décembre 1923, survient une crise d'*entéro-colite membraneuse* qui ne s'améliore qu'après six mois de traitement et de régime débilitant. Elle a alors beaucoup maigri et commence à tousser ; examinée dans un dispensaire, on trouve des bacilles de Koch dans ses crachats.

Depuis un mois, l'évolution a pris une allure sévère.

Etat actuel des lésions. — Marbrures et taches disséminées au niveau des deux tiers supérieurs du poumon droit.

A gauche : Nombreuses calcifications hilaires très nettes. Aspect en mie de pain, sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *diabète avec tuberculose* en 1894, la malade avait 8 ans.

Mère. — Morte de cardiopathie en 1908.

Cinq frères et sœurs, tous bien portants, tous plus âgés que la malade.

Mari. — Mort en 1900, de *tuberculose pulmonaire* après quatre ans de maladie.

Interprétation. — Primo-infection incontestable et active jusqu'à 20 ans.

Nouvelles infections importantes entre 30 et 34 ans, sans action apparente. Réveil quatre ans après la cessation du contact suspect à la suite d'une *maladie débilitante prolongée*.

OBSERVATION CLXXXI

M. B... Henri, 38 ans, gardien du cimetière, salle Corvisart, n° 21.

Histoire du malade. — Il raconte avoir eu dans l'enfance, outre la rougeole et la scarlatine, plusieurs congestions pulmonaire qui l'auraient rendu fragile des bronches. En 1913, il fut même hospitalisé pour bronchite fébrile et prolongée. Cependant, il avait fait son service militaire sans incident et pendant la guerre il accomplit *deux ans de campagne au front*, dans l'artillerie. Il est alors blessé au bras et versé dans l'auxiliaire.

Il entre, en juin 1917, dans une fonderie et s'occupe de la surveillance des hauts-fourneaux. En janvier 1918, six mois après, il prend froid et s'alite pour une *congestion pulmonaire* qui dure deux mois. Depuis, il est malade et fait de nombreuses rechutes, mais c'est seulement en 1922, qu'on lui trouve, au dispensaire, des bacilles de Koch dans les crachats. Depuis, l'évolution continue suivant une allure fibro-caséuse.

Etat actuel des lésions. — Obscurité très marquée du tiers supérieur du poumon droit, à limite inférieure scissurale. Quelques taches sur le lobe inférieur.

A gauche : Taches et marbrures confluentes à la partie moyenne.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 56 ans, en 1916, des suites d'une pleurésie purulente chronique. Tousseur chronique depuis dix ans. Le malade a habité avec lui jusqu'en 1913.

Mère. — Bien portante.

Quatre frères. — Dont deux tués à la guerre.

Deux autres grièvement blessés et *réformés peu après pour « bronchite bacillaire »*, avec 100 % de pension.

Femme bien portante.

Une fille aînée, âgée de 16 ans, *actuellement tuberculeuse*, en sanatorium.

Une fille de 13 ans, bien portante.

Interprétation. — Tuberculose familiale, active, jusqu'à l'âge adulte. Période latente quatre ans, malgré deux ans de guerre et réveil actuel sous l'influence d'un chaud et froid.

OBSERVATION CXXXXIX

Mme C... Jeanne, 42 ans, corsetière, salle Potain, n° 2.

Histoire de la malade. — Enfance riche en incidents pathologiques : rougeole, coqueluche, oreillons. *Bronchites très fréquentes*, presque chaque hiver.

Pleurésie droite à 12 ans, non ponctionnée.

Se marie à 17 ans et supporte *quatre grossesses* sans incident ; à cette époque d'ailleurs, sa santé s'est nettement améliorée.

A 31 ans, congestion pulmonaire bilatérale ayant duré trois semaines et survenue, dit-elle, à la suite d'un *refroidissement*. Des poussées fébriles de plus ou moins longues durée, avec fièvre, amaigrissement et survenant presque chaque année, aussi bien l'hiver que l'été et la forçant à l'alitement.

Actuellement : Infiltration diffuse du poumon droit, avec taches et marbrures, sans cavité.

Accentuation marquée des bronches gauches supérieures et inférieures.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *tuberculose pulmonaire* la malade avait 2 ans, en 1874.

Mère. — Morte en 1914 de *tuberculose pulmonaire* (la malade n'a eu aucun contact avec elle pendant sa maladie).

Trois frères, plus âgés que notre malade, tous bien portants.

Un frère, mort de *méningite* à 12 ans.

Une sœur, morte de *tuberculose* à 29 ans.

Une sœur, morte de *tuberculose* à 19 ans, *toutes plus jeunes que notre malade.*

Mari (P). — Séparé depuis huit ans.

Quatre enfants.

1. Mort-né.

2. Agé de 25 ans, réformé 100 %, en 1919, pour *bacillose pulmonaire*.

3. Agé de 18 ans, bien portant.

4. Agé de 16 ans, toussé depuis quatre ans.

Interprétation. — *Tuberculose familiale* ayant épargné les aînés.

OBSERVATION CCXVI

M. G..., 25 ans, marinier, salle Corvisart, n° 14.

Histoire du malade. — A l'âge de 12 ans, le malade a fait une *broncho-pneumonie primitive* très grave, qui le fit envoyer à la campagne. Mais depuis cette époque, il a toujours été malade, il dit n'avoir jamais passé un hiver sans s'être alité plusieurs semaines pour un *épisode pulmonaire fébrile* et d'ailleurs, en 1921, il est réformé au Conseil de révision pour *bronchite suspecte*. L'année suivante, il fait une chute violente sur un bateau et reste deux mois couché pour un *hématome suppuré* de la hanche. En même temps, il mat-

grit, toussé de plus en plus et c'est à ce moment que la recherche du bacille de Koch se montre positive. Peu après, il fait une hémoptysie et depuis trois ans, il est hospitalisé deux ou trois fois par an, par une poussée pulmonaire fébrile, toujours hémoptoïque et durant trois à quatre semaines. Ces poussées semblent d'ailleurs survenir sans aucune cause provocante ; il a cessé son travail et mène une vie calme et sérieuse.

Etat actuel des lésions. — Obscurité totale de l'hémithorax gauche avec maximum au-dessous de la clavicule où on note un riche aspect en mie de pain. La base présente une opacité homogène rappelant celle d'un épanchement et qui est en rapport avec une grosse pachypleurite.

A gauche : Taches et marbrures en foyer confluent sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Disparu.

Mère. — Morte en 1922 de *tuberculose pulmonaire*, à la Pitié, elle était atteinte depuis plus de 10 ans et a toujours habité avec son fils.

Un frère aîné, âgé de 27 ans, actuellement bien portant, mais atteint de pleurésie à 18 ans et versé dans l'auxiliaire pour faiblesse de constitution.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose familiale évoluant depuis l'âge de 12 ans et soumise à de nombreuses surinfections. L'influence d'un traumatisme important paraît avoir été nettement favorisante. Notons que, bien que depuis deux ans, le malade ne soit plus exposé à la contagion familiale, sa maladie n'en évolue pas moins, ni plus lentement, ni plus vite et toujours suivant le même type fibreux avec poussées hémoptoïques.

Enfin un *rétrécissement mitral congénital* bien supporté a été découvert chez notre malade à l'âge de 13 ans.

OBSERVATION CCXXI

M. G... Hébert, 32 ans, peintre, salle Louis, n°

Histoire du malade. — Il aurait été très fragile entre 10 et 15 ans ; il s'agissait, dit-il, d'une « maladie de croissance » qui a retardé sa mise en apprentissage mais il aurait toujours toussé, l'hiver et l'été, depuis cette époque.

En 1913, il est pris bon pour le service armé et fait campagne pendant huit mois. Puis il est fait prisonnier et pendant sa captivité, il fait trois bronchites successives qui l'amènent à l'infirmerie.

A sa rentrée en France, après la guerre, il se marie, reprend son travail pendant que son état de santé s'améliore légèrement.

En 1922, survient sans cause appréciable, une forte hémoptysie qui nécessite l'hospitalisation et son départ au sanatorium d'Hyères. Il y reste un an, et légèrement amélioré, reprend son travail. Mais rapidement ses forces s'épuisent et une nouvelle poussée pulmonaire, une hémoptysie le ramènent à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Rétraction costale et cardio-aortique. Opacité des deux tiers supérieurs du poumon avec maximum sous la clavicule où on note une volumineuse image spéloncaire.

A droite : Aspect radiologique normal.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 31 ans de *tuberculose pulmonaire*, le malade avait 3 ans.

Mère. — Morte à 61 ans de vieillesse.

Un frère, mort de *tuberculose pulmonaire*, à Brévannes, en 1914.

Une sœur, morte à 36 ans, en 1921, de *tuberculose pulmonaire* développée après sa troisième grossesse.

Deux frères, âgés de 37 et 41 ans, bien portants.

Trois sœurs, âgées de 29, 33 et 39 ans, bien portantes.

Femme. — Bien portante.

Un enfant, mort à 2 ans, en 1922, de tuberculose pulmonaire.

Un enfant, mort à 6 mois, en 1923, de bronchite (?)

Un enfant, âgé de 7 ans, bien portant.

Interprétation. — Primo-infection riche à l'âge de 3 ans et active pendant toute l'adolescence. Réveil pendant une longue captivité à la suite de privations et de mauvaise hygiène ; tuberculose familiale ayant surtout épargné les aînés.

OBSERVATION CCXXVI

M. H... Paul, 33 ans, employé de commerce, salle Hanot, n° 8.

Histoire du malade. — Raconte l'histoire de trois bronchites graves à 7 ans, 11 ans et 16 ans, ayant nécessité l'hospitalisation. Il a d'ailleurs toujours eu une tendance très nette et très ancienne à s'enrhumer facilement.

Mobilisé en 1914, il contracte dès le premier mois de campagne une bronchite qui le tient trois semaines à l'hôpital. Revenu au front, il est de nouveau évacué au début de 1916, pour scarlatine bénigne ; mais jusqu'en 1917, il fait son service dans les tranchées sans aucune défaillance. Il est alors évacué pour fracture du péroné et reste au dépôt jusqu'à la démobilisation. A cette époque, il toussait et s'enrhumait beaucoup plus qu'auparavant.

Il se marie après la guerre et entre dans un bureau confortable et sain qu'il a occupé jusqu'à présent. Depuis mai dernier, il se sentait fatigué et le 25 juillet, une hémoptysie abondante, survenue brusquement, fait découvrir des lésions au sommet droit. Le 9 août il entre à Lariboisière en chirurgie, pour se faire opérer à l'anesthésie locale d'hémorroïdes et comme il tousse de plus en plus, il vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose bilatérale, localisée aux deux régions apexiennes et d'allure fibreuse.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *tuberculose pulmonaire* à 60 ans, il était prisonnier civil en Allemagne et fut évacué en Suisse en 1917, pour lésions pulmonaires et y mourut en 1918. Il toussait déjà avant la guerre.

Mère. — Morte d'accident à 63 ans.

Trois frères. — Tous trois plus âgés que le malade, en bonne santé.

Femme et trois enfants, bien portants.

Interprétation. — Le malade invoque une contagion de bureau — entre mai 1922 et janvier 1923, un collègue tuberculeux et mort depuis, a travaillé en effet dans la même pièce. Mais cette pièce était vaste et notre malade avoue n'avoir jamais eu de contact réel avec ce tuberculeux. D'ailleurs, c'est un an et demi après la disparition de ce contact suspect qu'est survenue l'hémoptysie. A ce moment, il peut invoquer un gros surmenage de travail, étant employé depuis six mois, en dehors de son travail, comme caissier dans un restaurant de nuit, entre 8 heures du soir et minuit.

OBSERVATION CCXXIX

M. J... Henri, 25 ans, employé de commerce, salle Hanot, n° 10.

Histoire du malade. — Présente un passé pathologique important. Il a eu la coqueluche à 5 ans, la rougeole compliquée de broncho-pneumonie à 8 ans et à 11 ans, une crise de *rhumatisme articulaire aigu*. Pendant toute l'adolescence, il est pâle, toujours fatigué, facilement essoufflé et son activité physique est réduite. A 20 ans, il est réformé à la conscription où on lui apprend qu'il est porteur d'une *insuffisance aortique* et cette réforme est maintenue pendant la guerre.

De plus, depuis longtemps, il a toujours toussé et même craché.

Marié à 23 ans, il entre dans un bureau malsain, mal aéré, d'où il ne sort que pour rentrer à son domicile qui présente le même défaut d'hygiène.

En juin 1924, alors qu'il se fatigue et maigrit depuis plusieurs mois, il contracte une grosse bronchite, et c'est parce que cet état ne s'améliore pas qu'il vient consulter, en août, au dispensaire Léon Bourgeois.

Etat actuel des lésions. — Opacité de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec large cavité sous la clavicule.

A gauche : Marbrures et taches péri-hilaires avec gros foyers d'ombre sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 76 ans, d'urémie.

Mère. — Morte à 24 ans, de *tuberculose pulmonaire* en 1903, le malade avait 4 ans.

Une sœur, morte de *méningite tuberculeuse*, à 16 ans, en 1913.

Un frère, âgé de 31 ans, bien portant.

Un frère, âgé de 22 ans, a été réformé récemment pour bronchite bacillaire.

Femme et un enfant de 2 ans, en bonne santé.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale active, et évoluant rapidement à la suite de privations et de défaut d'hygiène, chez un malade atteint d'insuffisance aortique d'origine rhumatismale.

OBSERVATION CCXXXI

Mlle B... Marie-Louise, 21 ans, posticheuse, salle Dieulafoy, n° 17.

Histoire de la malade. — Après avoir fait la coqueluche à 11 ans, la malade a fait successivement deux bronchites prolon-

gées, à la suite desquelles, très anémiée, elle est envoyée à la campagne. Ce n'est qu'à 16 ans qu'elle peut commencer un métier, d'ailleurs peu fatigant. Elle habite alors avec son frère et sa sœur, et mène une vie régulière et saine. Il y a un an, à 20 ans, elle se met en ménage avec un ami et peu après elle fait un *avortement* provoqué, suivi de curetage et c'est à partir de ce moment qu'elle commence à maigrir, puis à tousser. Elle retourne à la campagne, mais son état ne s'améliore pas et en juillet, une hémoptysie l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Rétraction costale et cardio-aortique. Diminution de transparence de tout le champ pulmonaire avec maximum péri-scissural. Spélonque sous la clavicule.

A droite : Aspect radiologique normal.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, âgé de 54 ans.

Mère. — Morte en 1918, de *tuberculose pulmonaire*, malade depuis six ans.

Une sœur morte en 1917, à 11 ans, de *méningite tuberculeuse*.

Un frère, âgé de 25 ans, bien portant.

Une sœur de 16 ans, actuellement en préventorium.

Ami. — Bien portant.

Interprétation. — Primo-infection maternelle riche, et active dans l'enfance, réveillée à la suite de surmenage génital et d'une fausse couche.

OBSERVATION CCXXXIV

Mlle J... Berthe, 19 ans, brodeuse, salle Mosny, n° 29.

Histoire de la malade. — Elle a eu de nombreuses maladies de l'enfance : varicelle, coqueluche, rougeole et fut délicate et « anémique » pendant toute son adolescence. Elle a *toujours* toussé et a fait de nombreuses bronchites. Elle travaille

depuis l'âge de 14 ans, à domicile, comme dentellière. A cette époque, son père, réformé 100 % pour tuberculose après la guerre, est venu passer quelques jours au domicile familial, mais presque tout de suite, il est entré à l'hôpital d'où il fut envoyé au sanatorium pendant près de deux ans. En 1922, le père, très amélioré, ne crachant plus, vient reprendre son travail sans incident pendant environ un an. Enfin, en 1923, il fait une grosse poussée évolutive à laquelle il succombe le 1^{er} février 1924, mais cette fois, il fut *constamment soigné à domicile* et en contact avec notre malade.

En avril, deux mois après le décès de son père, elle est examinée au Dispensaire et reconnue indemne. Mais, en mai, elle s'alite quelques jours, avec un point de côté gauche et le médecin parle de pleurésie.

Le 1^{er} septembre enfin, survient une hémoptysie, à la faveur d'un surmenage de travail et elle revient à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon gauche avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

A droite. — Aspect radiologique normal.

Histoire familiale. — Mère. — Morte tuberculeuse en 1912, après deux ans de maladie.

Père. — Mort tuberculeux, le 1^{er} février 1924. Nous avons relaté plus haut son histoire.

Mari. — Bien portant.

Frère. — Agé de 12 ans, à une récente visite de prophylaxie, a été reconnu porteur d'adénopathie trachéo bronchique et envoyé à Hendaye.

Interprétation. — Il semble ici légitime d'admettre que le rôle des infections récentes auxquelles la malade a été exposée, n'est peut-être pas indifférent ; mais il est incontestable que la malade présentait une tuberculose de primo-infection évolutive.

OBSERVATION CCXXXVI

Mlle F... Mathilde, 26 ans, sténo-dactylographe, salle Mosny, n° 26.

Histoire de la malade. — Toujours chétive, elle était particulièrement sujette aux *bronchites*. C'est en 1918, à 20 ans, qu'elle a commencé à être plus malade. A ce moment, elle fit à la suite d'une *grippe épidémique à forme intestinale*, des troubles digestifs qui se prolongèrent pendant plus d'un an et peu à peu s'accompagnèrent d'amaigrissement et d'asthénie.

En août 1919, elle commence à tousser et consulte au dispensaire, où on lui trouve des signes nets du sommet droit, mais peu à peu tout rentre dans l'ordre.

En 1921 : Poussée évolutive légère à la suite de laquelle elle fait un séjour de 4 mois à Angicourt, avec amélioration nette.

En 1923 : Nouvelle poussée de même type et nouveau séjour bienfaisant à Angicourt.

Enfin, nouvelle poussée actuelle.

Etat actuel des lésions. — À gauche : Rétraction costale et cardio-aortique. Opacité totale et homogène de tout l'hémi-thorax.

A droite : Gros foyer d'ombre entre le hile et la clavicule avec aspect en mie de pain.

Histoire de la famille. — Père. — Agé de 66 ans, bien portant.

Mère. — Morte de *tuberculose pulmonaire* en 1909, après trois ans de maladie, notre malade avait 11 ans.

Sœur. — Aînée, morte en 1919, à 35 ans, de *tuberculose pulmonaire*. Elle avait fait une première hémoptysie à 18 ans, au moment de la maladie de la mère. Mariée, ses deux enfants sont morts à 7 et 9 ans, de tuberculose. Habitait la campagne et n'avait aucun contact avec sa sœur.

Un frère. — Mort à la guerre.

Un frère. — Agé de 29 ans, bien portant.

Interprétation. — Primo-infection riche à 11 ans, ayant manifestée son activité. Evolution à 18 ans, à la suite de la grippe avec troubles gastro-intestinaux consécutifs.

OBSERVATION CCXXXVIII

Mlle F... Berthe, 22 ans, vendeuse, salle Mosny, n° 24.

Histoire de la malade. — Bien qu'ayant habité la campagne jusqu'à l'âge de 17 ans, elle a été souvent malade et en particulier a fait pendant l'enfance et l'adolescence des *bronchites à répétitions* qui l'obligent à s'aliter.

En 1919, elle arrive à Paris et pendant deux ans elle travaille dans un bureau sans aucun incident grave ; mais elle continue à tousser l'hiver.

En 1922, elle entre comme vendeuse à l'étalage dans un magasin et prend froid en février ; elle s'alite deux jours après pour une *congestion pulmonaire fébrile bilatérale* qui dure deux mois et demi.

Depuis, elle a toujours toussé et à plusieurs reprises, des poussées congestives l'ont obligé à s'aliter.

Etat actuel des lésions. — A droite : marbrures très serrées au-dessus et au-dessous de la clavicule, aspect en mie de pain, en dehors du pédicule pulmonaire. Base voilée, mais sinus mobile.

A gauche : aspect radiologique normal.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 50 ans, de cancer de l'estomac.

Mère. — Morte à 29 ans, de *tuberculose*, la malade avait 5 ans.

Une sœur aînée, âgée de 27 ans, actuellement soignée dans un dispensaire.

Une sœur, âgée de 25 ans, également suspecte.

Un frère, âgé de 17 ans, bien portant.

Interprétation. — Primo-infection familiale riche à 5 ans.

Réveil actuel sous l'influence d'un épisode pulmonaire aigu intercurrent.

OBSERVATION CCXXXI

Mlle G... Marie-Louise, 26 ans, manucure, salle Mosny, n° 21.

Histoire de la malade. — Née et élevée aux Sables d'Olonne, elle y reste jusqu'à 20 ans, avec ses parents, menant une vie facile et aisée. Mais à 10 ans, elle avait fait, en même temps que sa sœur aînée, un épisode pulmonaire sérieux, avec réaction pleurale. Depuis, elle a toujours toussé et à 16 ans, elle a fait une nouvelle bronchite fébrile.

A 20 ans, en 1918, elle arrive à Paris, entre dans un bureau comme secrétaire et ne tarde pas à avoir des rapports génitaux avec son patron. Elle commence alors une vie de fêtes et de fatigues qu'elle supporte bien, car c'est seulement en octobre 1922 qu'elle accuse les premiers signes d'imprégnation bacillaire. En janvier 1923, elle entre à la Maison Dubois pour une poussée évolutive sévère qui dure quatre mois et qui nécessite l'établissement d'un pneumothorax artificiel. Légèrement amélioré au début, elle fait bientôt une nouvelle poussée du côté opposé.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Pneumothorax partiel abandonné. Lobe supérieur densifié et présentant une large spéléonque en son centre.

A droite : fines arborisations de toute la hauteur, avec maximum sous la clavicule.

Nombreuses taches calcifiées autour du hile.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte à 60 ans, de cardiopathie.

Frère aîné, mort à 19 ans, de *phtisie galopante*, en 1909, il y a 16 ans. (Notre malade était âgée de 9 ans, et c'est l'année suivante qu'elle fit un épisode pulmonaire en même temps que sa sœur).

Sœur, âgée de 28 ans, actuellement bien portante.

Un frère, mort d'accident.

Interprétation. — Primo-infection nette et active, d'origine familiale à 10 ans. Poussée actuelle sous l'influence du *surmenage de plaisir*.

OBSERVATION CCXXXV

Mlle G... Yvonne, 20 ans, décoratrice, salle Mosny, n° 7.

Histoire de la malade. — Elevée à la campagne, jusqu'à 17 ans, elle a cependant été souvent malade ; à 6 ans, rougeole, à 11 ans, fièvre typhoïde, nombreuses bronchites. A 15 ans, *adénopathie cervicale froide à gauche*, fistulisée pendant 6 mois et laissant une cicatrice caractéristique : à 17 ans, bronchite sérieuse.

En décembre 1921, deux mois avant la mort de sa mère, déjà malade de la poitrine, elle vient s'installer à Paris avec sa sœur aînée, et mène une vie saine et confortable.

En janvier 1923, sa sœur devient malade et commence une évolution tuberculeuse qui nécessite un pneumothorax, la cohabitation est très intime pendant les quatre premiers mois de la maladie.

Peu après, notre malade se met en ménage avec un homme sain, et en septembre 1923, commence une grossesse. Visitée à ce moment, parce qu'elle se trouve fatiguée, on la déclare indemne de tuberculose. Mais en mars, au 6^e mois de sa grossesse, elle commence à tousser et après l'accouchement une rechute importante l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du sommet gauche avec aspect spéléoncaire, taches péripédiculaires droites.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte de tuberculose pulmonaire, à 42 ans, en janvier 1922, malade depuis un an.

Une sœur, 24 ans, *actuellement tuberculeuse* et soignée par pneumothorax.

Un frère, 19 ans, bien portant.

Un frère, 18 ans, vient de faire une *hémoptysie*.

Une sœur de 14 ans, morte en 1921, de *péritonite tuberculeuse*.

Un frère, âgé de 5 ans, bien portant actuellement.

Mari, indemne de tuberculose.

Un enfant, mort à 2 mois, à la crèche de l'hôpital Laënnec, de tuberculose.

Interprétation. — Primo-infection certaine (adénopathie cervicale) et active (bronchites).

Nombreuses et fréquentes réinfections récentes. Rôle favorisant de la *grossesse*.

OBSERVATION CCXXXVIII

M. X..., 27 ans, étudiant en médecine.

Histoire du malade. — Fragile et sujet aux bronchites dans la première enfance, il est opéré à deux reprises différentes pour obstruction rhino-pharyngée et à la suite de cette intervention son état s'améliore et il peut accomplir une année de service au front, comme médecin auxiliaire, dans d'excellentes conditions. Démobilisé en 1919, il se met au travail sérieusement pour préparer différents concours. En 1920, il accomplit 7 mois de stage dans un service de tuberculeux qu'il quitte parce qu'il se sent fatigué et qu'il tousse un peu le matin. Mais un examen soigneux, fait à ce moment, ne révèle rien d'anormal au point de vue pulmonaire. Après 3 mois de séjour à la campagne, il revient à Paris et reprend ses études avec ardeur. Il continue à maigrir et peu à peu son état s'aggrave.

Etat actuel des lésions. — Infiltration discrète des deux sommets.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 31 ans, de tuberculose pulmonaire, le malade avait 7 ans.

Mère. — Bien portante.

Une sœur, âgée de 31 ans, mariée et bien portante.

Un frère, mort à la guerre.

Interprétation. — S'agit-il du réveil pur et simple de la primo-infection certaine de l'enfance ou faut-il admettre le rôle favorisant d'une surinfection tuberculeuse pendant son séjour dans un service de tuberculeux ?

OBSERVATION CCL

Mlle X... Jeanne, 17 ans, couturière.

Histoire de la malade. — Rougeole à 4 ans, coqueluche à 9 ans, *adénopathie cervicale bilatérale non suppurée*, à 11 ans, guérie rapidement. A souvent toussé et toujours fatiguée, peu résistante, elle a été examinée à plusieurs reprises au point de vue pulmonaire. En particulier, à 15 ans, un cliché a été fait qui montre une intégrité absolue des champs pulmonaires, avec de petites calcifications du hile droit.

A 15 ans, elle entre en apprentissage chez une couturière, dans un atelier malsain et peu aéré. L'hiver suivant, elle fait une bronchite fébrile et actuellement elle présente des signes manifestes de tuberculose au début avec expectoration bacillaire.

Etat actuel des lésions. — Diminution de transparence du sommet droit avec fines marbrures sous la clavicule.

A gauche : voile homogène, au niveau de l'apex.

Histoire familiale. — Père. — Examiné cliniquement et radiologiquement et reconnu sain.

Mère. — Morte de *tuberculose pulmonaire*, la malade avait 2 ans.

Le père s'est remarié et notre malade a été élevée par sa belle-mère qui, également examinée, est indemne de tuberculose pulmonaire.

Un frère, âgé de 8 ans, avec cuti-réaction négative.

Interprétation. — Aucune contamination récente ne peut être relevée. L'atelier où elle travaillait a été visité et présente une insalubrité manifeste, mais les quatre jeunes filles qui travaillaient avec notre malade sont toutes en excellente santé.

Il s'agit donc incontestablement, d'une primo-infection d'origine maternelle ayant toujours manifesté son activité.

OBSERVATION CCLII

M. X..., 23 ans, étudiant en médecine.

Histoire du malade. — Né et élevé à la campagne, il semble avoir été épargné par les maladies habituelles de l'enfance. Pendant son séjour au collège, il est fréquemment enrhumé l'hiver et à 15 ans, en particulier, il est obligé d'interrompre ses études pendant trois mois.

A 19 ans, il vient à Paris, commencer ses études de médecine et plusieurs fois encore, il est arrêté par des bronchites, cependant bénignes. A aucun moment, il n'a été dans un service de tuberculeux.

L'an dernier, alors qu'il était fatigué depuis quelques jours, il fait une légère hémoptysie sans fièvre à la suite de laquelle on découvre une infiltration importante des deux sommets.

Malgré un séjour prolongé en sanatorium, l'état général ne s'est pas amélioré.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

A gauche : Foyer d'ombre entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 61 ans, bien portent.

Mère. — Agée de 56 ans, toussé chroniquement, depuis plus de dix ans.

Un frère mort à 5 ans, de méningite.

Une sœur, morte à 15 ans de *tuberculose pulmonaire*.

Un frère, mort à la guerre.

Interprétation. — Il semble s'agir du réveil d'une primo-infection familiale riche sous l'influence du surmenage imposé par ses études et aussi d'un surmenage de plaisir, peut-être plus important !

OBSERVATION CCLIII

M... Henri, 17 ans, employé de bureau.

Chétif, malingre, toujours malade surtout depuis l'âge de 10 ans, le malade a toujours toussé et fait l'hiver, comme l'été, des bronchites tenaces.

A 16 ans, il entre comme garçon de courses dans un bureau et peu après, à la suite d'un *refroidissement*, il fait un épisode pulmonaire aigu, du type grippal, avec bronchite diffuse, qui guérit en huit jours. Mais peu après, il revient à l'examen médical parce qu'il maigrit et qu'il fait de la fièvre le soir. Il commence alors une broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë, très rapidement évolutive, à laquelle il succombe au bout de trois mois, après un épisode méningé terminal.

Histoire familiale. — Toute la famille a été examinée à l'occasion de la maladie de ce jeune homme.

Père. — Agé de 57 ans, tousseur chronique depuis quinze ans, présente des signes manifestes d'infiltration des deux sommets et son expectoration est trouvée richement bacillaire à l'examen direct.

Mère indemne.

Une sœur aînée, âgée de 30 ans, a fait une pleurésie en 1914 ; mariée depuis deux ans, elle présente, depuis un accouchement récent, des signes de tuberculose unilatérale droite évolutive pour laquelle un pneumothorax thérapeuti-

que va être tenté. Notre malade n'a eu aucun contact récent avec elle.

Une sœur, âgée de 28 ans, bien portante.

Une sœur, âgée de 23 ans, bien portante.

Deux frères, morts à 8 et 11 ans, de « congestion pulmonaire » en 1913 et 1914. ..

Interprétation. — Tuberculose familiale, d'origine paternelle, ayant toujours manifesté son existence et présentant une évolution aiguë à la suite d'un épisode pulmonaire intercurrent.

OBSERVATION CCLXIII

Mme M..., 22 ans, sans profession, salle Mosny, n° 6.

Histoire de la malade. — Elle a toujours été malade dans l'enfance et dans l'adolescence ; elle a eu la rougeole et la scarlatine dans le jeune âge ; à 8 ans, en 1910, une congestion pulmonaire, grave, à la suite de la coqueluche, met ses jours en danger. En 1912, à 10 ans, elle aurait eu une pneumonie double, ayant duré un mois et demi. A 16 ans, elle contracte, en 1918, une *grippe épidémique avec complication pulmonaire sérieuse* et convalescence traînante, elle est envoyée alors à la campagne où elle s'améliore. Revenue à Paris, elle continue à tousser chaque hiver mais sans être obligée de s'aliter.

En 1923, elle se marie et accouche, sans incident, après une grossesse bien supportée. Mais au troisième mois de l'allaitement se développent progressivement les signes habituels d'imprégnation bacillaire. Elle consulte le médecin, qui est venu examiner son mari malade (Voir observation n° 152) qui découvre chez les deux conjoints, des lésions nettes de tuberculose.

Elat actuel des lésions. — Obscurité de la partie moyenne du poumon gauche avec maximum sous la clavicule, sommet et base clairs.

A droite : Aspect normal.

Pneumothorax tenté avec succès, mais non poursuivi à cause du départ précipité de la malade.

Histoire familiale. — Parents. — Bien portants, n'ont jamais toussé.

Un frère et trois sœurs, tous indemnes de tuberculose, tous plus âgés que la malade.

Interprétation. — Il semble qu'il s'agisse de manifestations tuberculeuses continuelles, mais atténuées dans l'enfance, accélérées sous l'influence de la grossesse récente. Primo-infection contractée probablement hors du milieu familial.

**b) Malades ayant présenté une longue période
de santé parfaite
entre l'infection de l'enfance et l'épisode actuel**

OBSERVATION V

Mme Ma., 24 ans, employée de bureau (Dispensaire).

Histoire de la maladie. — A part une scarlatine bénigne à 7 ans, la malade n'a aucun passé pathologique. Son enfance fut heureuse et sa santé parfaite. Elle se marie en 1919, donne naissance, en 1920, à un enfant actuellement vivant, bien portant et élevé en nourrice.

En mai 1922, elle contracte une pleurésie séro-fibrineuse gauche, suivie d'une évolution pulmonaire rapide, sévère, fébrile, sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire, bilatérale, plus marquée à droite.

Père. — 51 ans, actuellement tuberculeux pulmonaire hec-

lique, soigné dans un sanatorium. Malade sérieusement depuis deux ans, il aurait commencé à tousser depuis plusieurs années, était séparé de sa fille depuis 4 ans et ne la voyait plus.

Mère. — Bien portante.

Ni frère, ni sœur.

Mari. — Bien portant, a été examiné.

Interprétation. — La malade accuse la contagion par une collègue de travail, actuellement soignée en sanatorium. Mais l'enquête montre que le contact suspect avait lieu dans un vaste bureau, où travaillaient six employés. Les deux compagnes n'occupaient pas la même table, et n'avaient que des rapports de service : elles ne sortaient pas ensemble et ne s'embrassaient jamais.

Faut-il faire jouer un rôle actif à cette nouvelle infection possible ? Ou faut-il accuser le réveil d'une primo-infection sûrement contractée au foyer paternel mais n'ayant manifesté, auparavant, aucune activité ?

D'ailleurs, rien n'a paru favoriser cette éclosion tuberculeuse, la malade ayant une vie facile, saine, sans surmenage ni privation.

OBSERVATION VII

Mme Kess..., 32 ans, sans profession, salle Guersaut, n° 8.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade, à part un ictère à l'âge de 7 ans, ne signale aucune maladie de l'enfance ni de l'adolescence. A l'âge de 20 ans, survient une première poussée pulmonaire manifestement tuberculeuse, soignée pendant un an à la campagne. A 27 ans, nouvelle poussée, avec fièvre, toux, expectoration, amaigrissement, durant environ 6 mois.

Rien dans l'intervalle, sauf quelques bronchites légères n'ayant pas nécessité l'alitement.

En 1922, à 30 ans, la malade se marie et dès le cinquième mois d'une grossesse survenue aussitôt, elle recommence à tousser, à cracher et à maigrir. Après l'accouchement normal, la température s'allume, prend le type hectique avec cachexie rapide.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose cavitaires bilatérales très étendue.

Histoire de famille. — Ascendants. On ne semble pas pouvoir suspecter les parents, actuellement âgés, et ne toussant pas.

Collatéraux. — La malade est l'aînée d'une famille de neuf enfants, dont trois sont déjà morts de tuberculose pulmonaire certaine.

Le troisième enfant, mort à 21 ans, il y a six ans, dans un hôpital militaire.

Le septième, mort à 11 ans, de tuberculose aiguë avec méningite, il y a six ans.

Le dernier, mort l'an dernier, à 12 ans, à l'hôpital Debrousse, de tuberculose pulmonaire.

Les survivants, en dehors de notre malade, soit quatre garçons et une fille, actuellement bien portants.

Mari. — Bien portant.

Interprétation. — Il semble s'agir d'une tuberculose familiale dont l'origine nous échappe. Il est vrai que nous n'avons pu examiner les parents actuellement restés à la campagne.

Pourquoi certains enfants sont-ils, du moins jusqu'à présent, épargnés au lieu des autres ? Nous n'avons pu avoir ici une histoire familiale précise.

En ce qui concerne notre malade, elle a quitté le milieu familial à 18 ans pour servir comme bonne à tout faire en maison bourgeoise. Elle est restée dans la même place jusqu'à sa première poussée pour laquelle on ne peut retrouver aucune contagion. Elle incrimine un surmenage, mais ici comme dans beaucoup d'autres cas, les malades confondent le surmenage avec la fatigabilité excessive qui marque le début de leur imprégnation bacillaire.

La deuxième poussée, en 1918, est survenue au moment de l'épidémie de grippe, sans qu'on puisse préciser si la malade a été ou non atteinte de cette affection.

Pour l'épisode actuel, terminal, l'influence de la grossesse semble manifestement être la cause occasionnelle.

OBSERVATION VIII

M. S..., 37 ans, menuisier, salle Chomel, n° 9.

Histoire du malade. — Rien à signaler dans l'enfance du malade. Entré en apprentissage à 13 ans, il fait son service militaire et se marie à 23 ans. En 1914, il est atteint d'une entérite ayant duré deux mois, mais il est mobilisé et accomplit dix-huit mois de front dans l'infanterie, sans fatigue, ni maladie. Au début de 1916, il est rappelé « en usine » où il exerce pendant 3 ans le métier très dur de tourneur sur fer. En 1921, il fait pendant l'hiver une bronchite apyrétique mais tenace et ce n'est qu'en avril 1922, à la suite d'hémoptysies d'ailleurs légères, qu'il consulte et part pour la campagne. Mais il continue à tousser, et en février dernier, survient un épisode aigu, très fébrile, consécutif à un refroidissement, et qui marque le début de la poussée actuelle.

Etat actuel des lésions. — Opacité marquée du tiers supérieur du poumon droit avec spélonque.

A gauche : accentuation très marquée des ombres hilaires.

Histoire familiale. — Père. — Vieux tousseur, asthmatique.

Mère. — Bien portante.

Un seul frère, actuellement soigné pour tuberculose, malade depuis trois mois et ayant quitté le foyer familial depuis la guerre.

Mariée en 1910, sa femme avait fait une pleurésie séro-fibrineuse deux ans auparavant. Actuellement bien portante, elle n'a pu être examinée. Ses antécédents sont indemnes de tuberculose.

Son enfant, âgé de 6 ans, vient d'être soigné pour un abcès froid de l'aîne.

Interprétation. — Il est vraisemblable que ce malade avait fait dès l'enfance une primo-infection banale, et probablement familiale ; on peut ici suspecter la nature tuberculeuse de l'asthme paternel, étant donné l'existence d'une tuberculose chez les deux frères. Mais, en tout cas, cette primo-infection ne s'est jamais manifestée, et le malade a pu faire la guerre dans des conditions assez pénibles.

Aucune contagion récente ne peut être invoquée. Par contre, au moment de la première poussée d'avril 1922, le malade, qui travaillait aux pièces, accuse un surmenage très important et avoue des habitudes d'intempérance.

OBSERVATION XII

M. Gran..., 22 ans, ébéniste, salle Louis, n° 3.

Histoire du malade. — Rien de pathologique dans l'enfance et dans l'adolescence de ce malade qui ne se rappelle même pas avoir eu les petites maladies infantiles habituelles. En 1921, il est pris bon pour le service et part au régiment en mars. Deux mois après son arrivée, il est soigné et réformé pour *adénite cervicale chronique bilatérale*, n'ayant pas suppuré et ayant complètement disparue.

En février 1922, survient une pleurésie avec lésions pulmonaires consécutives et expectoration bacillifère et il est envoyé à Brévannes, en juin.

Il en revient actuellement, parce que ses lésions se sont aggravées et parce qu'une tuberculose rénale s'est récemment développée.

Etat actuel des lésions. — Aspect en mie de pain sur les deux tiers supérieurs des deux champs pulmonaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1911, de tuberculose pulmonaire : le malade avait 9 ans.

Mère. — Morte en 1905, de tuberculose pulmonaire, le malade avait 3 ans.

Frère. — Actuellement âgé de 24 ans, a été réformé pour lésions tuberculeuses et soigné en ce moment à Brévannes, pour tuberculose fébrile.

Interprétation. — Il s'agit ici d'une tuberculose familiale. Cependant, les parents sont morts depuis longtemps et rien de pathologique ne semble s'être manifesté chez les deux frères jusqu'à la vingtième année. Nous n'avons pu trouver de causes favorisantes de ce réveil, si toutefois il s'agit d'un réveil, mais d'autre part nous n'avons pas non plus la notion d'une contagion récente importante. Le malade, en effet, n'habitait plus avec son frère depuis deux ans, et à cette époque, le frère n'était pas encore malade.

OBSERVATION XX

Mlle D..., 22 ans, blanchisseuse-repasseuse, salle Quesnay, no 16.

Histoire de la malade. — Née d'une famille pauvre, la malade a passé toute son enfance dans une mansarde d'une seule pièce où habitaient 6 personnes. Elle a eu la coqueluche et la varicelle dans la 2^e enfance, mais par ailleurs, elle dit n'avoir jamais toussé jusqu'en 1921.

En 1919, elle devient enceinte (à 18 ans), accouche normalement, en décembre, d'un enfant bien constitué qu'elle élève au sein pendant 14 mois. Ce n'est que 6 mois après le sevrage, en mars 1925, qu'elle fait brusquement une hémoptysie qui la fait envoyer dans un sanatorium. Après sa sortie, nouvelles hémoptysies fébriles, en juillet 1922 et en octobre 1922. Enfin, en février 1923, sans nouveau crachement de sang, débute l'épisode actuel rapidement évolutif.

Etat actuel des lésions. — Aspect en mie de pain du tiers supérieur du poumon droit. Foyer de densification périhilaire gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort de tuberculose pulmonaire ayérée, en 1904, la maladie avait 2 ans.

Mère. — Morte tuberculeuse, après 3 ans de maladie, en 1909, la malade avait 7 ans.

Sœur, morte à 4 ans, 1906, pour une cause inconnue de la malade.

Le père de l'enfant est vigoureux et sain ; l'enfant lui-même âgé de 3 ans $\frac{1}{2}$ est contaminé (cutiréaction positive).

Interprétation. — La richesse de la primo-infection ne fait aucun doute dans ce cas, mais bien que la malade y ait été soustraite depuis 15 ans, bien que dans l'intervalle aucune activité des lésions ne se soit manifestée, il n'en semble pas moins qu'il s'agisse d'un réveil de cette primo-infection. On ne peut en tous cas, retrouver aucune nouvelle contamination.

Ici, le rôle de la grossesse et de l'allaitement peut à peine être invoqué, puisque c'est 6 mois après le sevrage que s'est produite la première hémoptysie, alors que la malade n'avait même plus la charge de son enfant, élevé à la campagne.

OBSERVATION XXIV

Mlle An... Henriette, couturière, 26 ans, salle Quesnay, n° 7.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, ne signale aucun antécédent pathologique, cependant, depuis 3 ans, elle était considérée et traitée comme anémique. Elle est entrée en apprentissage, à 16 ans, comme couturière. Depuis juin 1921, elle était installée à son compte, et depuis cette époque commence une vie de *surmenage intensif*, avec veilles prolongées, mauvaise hygiène, nourriture insuffisante, séjour continué dans l'atmosphère confiné de sa chambre.

En avril 1922, brusquement, sa fatigue croissante devient extrême, et à la suite d'un épisode aigu du type grippal, une tuberculose évolutive s'installe et évolue sans rémission.

Etat actuel des lésions. — A droite : aspect en mie de pain de la totalité du champ pulmonaire, avec maximum à la partie moyenne.

A gauche : densification légère entre le hile et la clavicule. Nombreuses calcifications hilaires.

Histoire familiale. — Mère. — Bien portante, âgée de 60 ans.

Père. — Mort, il y a 20 ans, à 42 ans, de tuberculose pulmonaire.

Deux sœurs, mortes dans la première enfance : l'une à 4 mois, l'autre à 22 mois, la même année que le père.

Interprétation. — La malade a reçu de son père une primo-infection certaine, mais qui demeure latente, insoupçonnée pendant 20 ans. Les privations et le surmenage intensif peuvent être évoqués dans l'éclosion de la tuberculose actuelle, qui ne semble être qu'un réveil puisqu'aucune contagion récente connue ne peut être incriminée.

OBSERVATION XXVII

Mme P..., 21 ans, relieuse, salle Quesnay, n° 27.

Histoire de la malade. — Ne signale dans son passé pathologique que la rougeole et la varicelle, dans la deuxième enfance, une névralgie intercostale à 15 ans. Elle a toujours été fragile et chétive dans son adolescence, mais n'a jamais toussé.

Elle quitte le milieu familial à 19 ans, pour se mettre en ménage dans un taudis mal aéré, et en février 1921, elle devient enceinte. Sa grossesse est normale et se termine le 22 novembre 1922, par un accouchement à terme ; mais un mois après, alors qu'elle allaitait son bébé, elle commence à tousser et progressivement, sans épisode aigu, sa tuberculose se développe.

Etat actuel des lésions. — Densification de la moitié su-

périeure du poumon droit avec vaste spélonque derrière la clavicule. Taches discrètes dans le tiers supérieur.

A gauche : aspect normal.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès en mai 1924. Actuellement en bonne voie.

Histoire familiale. — Père. — Mort de phthisie galopante, il y a 19 ans. La malade avait 15 mois.

Mère. — Bien portante.

Frère aîné, mort à 17 ans (la malade avait 13 ans), de tuberculose pulmonaire, à Brévannes.

Sœur cadette, âgée de 23 ans, bien portante, non examinée.

Ami, bien portant.

Interprétation. — L'infection antérieure de cette malade, qu'elle vienne de son père ou de son frère, ne s'est jamais manifestée jusqu'au premier épisode nettement favorisant de son existence : *grossesse et allaitement.*

OBSERVATION XXVIII

Mme Ch..., 29 ans, dactylographe, salle Piorry, n° 8.

Histoire de la malade. — A toujours vécu à Paris, et cite la rougeole et la coqueluche comme ses seules maladies de l'enfance. Mariée en 1915, elle a une *grossesse normale et bien supportée.*

Ce n'est qu'en 1919 qu'elle commence à être malade : congestion pulmonaire droite ayant duré trois semaines et la laissant déprimée, amaigrie.

En 1921, nouvel épisode semblable, plus prolongé encore et comme le premier survenu sans cause favorisante appréciable et accompagné d'une hémoptysie.

Enfin, il y a un mois, troisième poussée étiquetée pneumonie grippale droite qui amène la malade à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A droite : Rétraction costale et médiastinale. Taches et marbrures sur les deux tiers supé-

rieurs du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

A gauche. Aspect nuageux des deux premiers espaces intercostaux ; correspondant à un foyer de frottement.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte bacillaire il y a vingt ans, la malade avait 8 ans ; pas de collatéraux.

Mari tué à la guerre en 1917.

Interprétation. — En dehors de la primo-infection de l'enfance venant de la mère et qui paraissait bien éteinte (puisque la malade a subi une grossesse et un allaitement de dix-huit mois sans incident) on ne peut retrouver aucune contagion récente au moment du premier épisode tuberculeux et même aucune cause favorisante.

OBSERVATION XXX

Mme S..., 23 ans, sans profession, salle Quesnay, n° 3.

Histoire de la malade. — Elevée en banlieue, habite Paris depuis 1920, date de son mariage. A eu dans l'enfance la rougeole, et quelques mois après une *adénopathie suppurée du cou* ayant laissé trois cicatrices caractéristiques. En 1914, elle fait un érysipèle. Mais jamais elle n'a fait de bronchite.

En 1921, *grossesse normale, enfant vivant, bien portant.*

En janvier dernier : *fausse couche* de 3 mois, sans suite pathologique. Un mois après survient une poussée ganglionnaire cervicale avec érythème noueux, et lésions discrètes du sommet gauche avec expectoration bacillaire.

Etat actuel des lésions. — Adénopathies cervicales bilatérales, sans tendance à la suppuration. Taches et marbrures du sommet gauche ; sans aspect cavitaires.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 61 ans, vieux tousseur.

Mère. — Bien portante.

Deux frères et une sœur bien portants.

Une sœur morte, non bacillaire, à 13 ans.

Mari, tousse et crache depuis plusieurs années, mais a fait la guerre sans maladie et examiné dans un dispensaire du XX^e arrondissement, est considéré comme emphysémateux non bacillaire.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection latente, mais certaine. (Adénopathie cervicale suppurée), à la suite d'une fausse couche. (Exception à la loi de Marfan).

OBSERVATION XXXIV

Mme L... Jeanne, 28 ans, fleuriste, salle Quesnay, n^o 6.

Histoire de la malade. — Elevée à la campagne, dans l'Eu-re, jusqu'à 16 ans, elle ne signale aucune maladie de l'en-fance. A 15 ans, survient une attaque de chorée qui dure trois mois et lui laisse un *rétrécissement mitral bien compensé*.

A 16 ans, elle vient habiter Paris chez sa sœur aînée et jus-qu'à 24 ans, travaille comme fleuriste, sans aucune maladie.

A cette époque, sa sœur tombe malade et meurt en cinq mois, d'une tuberculose aiguë, soignée à domicile, par notre malade qui ne quitte pas son chevet et continue de coucher avec elle presque jusqu'au dernier jour.

Un mois après le décès, notre malade voit se développer une *adénite cervicale chronique, suppurée, bilatérale*, qui laisse des cicatrices caractéristiques. En 1920, un an après, alors que ces fistules sont guéries, elle entre à Laënnec et est soignée deux mois dans le service pour une induration du sommet droit, sans bacilles dans les crachats.

En 1921, survient une *grossesse*, menée à terme et bien sup-portée, mais quinze jours après l'accouchement, elle fait une hémoptysie avec poussée fébrile. Après une amélioration no-table, elle retombe en août 1922, fait une nouvelle hémoptysie en novembre, qui l'amène à l'hôpital avec son enfant conta-miné.

Etat actuel des lésions. — Calcifications nombreuses et densifications irrégulières dans la zone péri scissurale droite.

A gauche : Foyer scissural net, bien localisé, avec calcification sur la bronche inférieure.

Histoire familiale. — Père. — Disparu (?).

Mère. — Morte tuberculeuse, il y a vingt-deux ans, après une grossesse, la malade avait 2 ans.

Un frère. — Mort tuberculeux en 1917, pendant la guerre, à 28 ans.

Une sœur. — Morte tuberculeuse en 1919, à 28 ans (c'est elle qui a cohabité avec notre malade).

Une sœur. — Agée de 26 ans, habitant le Midi et « sans doute » bien portante.

Mari. — Bien portant.

Interprétation. — Il s'agit incontestablement d'une tuberculose familiale avec primo-infection riche venant de la mère.

Mais il est intéressant de noter :

Que la chorée et sa complication ont été très bien supportées.

Que le rôle de la surinfection semble important, dans cette histoire : un mois après la mort de la sœur : adénites cervicales, un an après, suspicion de bacillose ; un an après grossesse qui déclanche l'évolution actuelle avec un type très particulier : *lésions périscissurales bilatérales*.

Cependant, le frère et la sœur aînés sont aussi morts à 28 ans également, sans qu'une surinfection soit intervenue.

OBSERVATION XXXVI

M. Ch..., droguiste, 41 ans, salle Louis, n° 24.

Histoire du malade. — Né et élevé à Paris, il a eu à l'âge de 3 ans une bronchite grave qui a mis ses jours en danger et dès cette époque, jusqu'à 13 ans, il est élevé à la campagne, chez ses grands parents, parce qu'il était fragile de la poitrine

et sujet aux rhumes. D'ailleurs, il aurait eu à cette époque, de *gros ganglions cervicaux* qui ont disparu sans suppurer et sans laisser de traces.

A partir de 13 ans, il revient à Paris, entre en apprentissage à 15 ans et sa santé est tout à fait rétablie. Il fait son service militaire, se marie à 24 ans, est *mobilisé pendant toute la guerre, au front*, il n'est jamais blessé, ni malade.

Au retour de la guerre, en 1920, il fait une bronchite qui dure trois semaines mais guérit sans laisser de traces.

En janvier 1923, il est *blessé gravement* dans un accident, et se fait une fracture ouverte de la cuisse qui le met au lit pour trois mois et il subit *deux interventions chirurgicales*. Très amaigri, ayant perdu l'appétit, sujet aux poussées de fièvres, il est déjà presque cachectique quand il recommence à marcher, il y a un mois. Mais alors, et seulement à ce moment, il se met à tousser et à cracher abondamment et entre dans le service.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale cavitaires très étendue.

Histoire familiale. — Père et mère. — Très âgés et vivant à la campagne.

Un frère et une sœur bien portants,

Femmes et enfants. — Bien portants.

Interprétation. — Il y a eu ici une primo-infection incontestable et active pendant toute la deuxième enfance, mais à ce point guérie et consolidée que le malade fait son service militaire et la guerre sans incident.

L'influence débilitante de sa grave blessure paraît incontestable sur le réveil de sa tuberculose actuelle pour laquelle aucune contagion récente ne peut être incriminée.

OBSERVATION XXXVIII

Mme D..., 39 ans, mécanicienne dans le repassage des faux-cols, salle Quesnay, n° 7.

Histoire de la malade. — Rougeole, coqueluche et scarlatine se succèdent dans la première enfance et à 14 ans survient une *coxalgie gauche* qui guérit complètement au bout de deux ans, avec ankylose. Rien à signaler jusqu'à l'époque actuelle. Elle s'est mariée à 24 ans et a mené trois *grossesses à terme sans incident*.

Depuis trois ans, son mari étant gravement malade, elle est seule à gagner pour le ménage et fait un travail très dur, véritable travail d'homme : elle installe et monte en province, des machines à repasser les faux cols. Depuis novembre dernier, les signes d'imprégnation bacillaire étaient apparus et récemment à la suite d'un chaud et froid, alors qu'elle n'avait jamais toussé auparavant, elle voit se démasquer brusquement une tuberculose évolutive.

Etat actuel des lésions. — Rétraction costale et trachéale à droite, densification du lobe supérieur sans limites inférieures nettes, avec aspect cavitaires.

A gauche : Taches larges et peu foncées sur le milieu du champ pulmonaire autour du hile.

Histoire familiale. — Fourmille de manifestations tuberculeuses.

Père. — Mort alcoolique à 40 ans.

Mère. — Actuellement tuberculeuse avancée ; toussant depuis plus de dix ans.

Dix frères et sœurs dont huit sont morts dans la première ou la *seconde enfance* ; la malade ne peut donner de précision sur les causes de cette polymortalité, mais les deux frères dont elle se souvient sont morts à 13 et 9 ans, de tuberculose pulmonaire et méningite. Notre malade est la quatrième et le seul survivant, âgé de 45 ans, est bien portant.

Mari. — Malade de la poitrine et réformé avant la guerre. Maintenu en réforme pendant la guerre. Depuis quatre ans, est atteint d'une pleurésie purulente chronique, ponctionnée à sept reprises différentes.

Trois enfants.

1. Agé de 13 ans, et bien portant.
2. Mort à 4 ans, de méningite tuberculeuse.
3. Mort à 4 mois, il y a quatre ans, de « consommation » (3).

Interprétation. — Il s'agit de tuberculose familiale dont les victimes sont multiples.

Notre malade tuberculisée elle-même dès l'enfance (coxalgie) résiste sans aucun incident jusqu'à 39 ans. Il ne semble pas qu'elle soit responsable de la tuberculisation de son mari. Mais elle a vécu toute son existence « en compagnie du bacille » et c'est un gros surmenage, un chaud et froid, une défaillance subite de sa résistance qui déclenchent sa tuberculose sans qu'on puisse faire la part entre le réveil d'une primo-infection et les effets des infections nouvelles.

OBSERVATION XLI

Mme P..., 36 ans, couturière, salle Quesnay, n° 3.

Histoire de la malade. — La malade ne signale aucun antécédent pathologique dans l'enfance ni dans l'adolescence. A 21 ans : rougeole sans complication ; à 26 ans : angine pulmonée.

En 1918, *grippe sérieuse et compliquée d'une pneumopathie*, durant 6 semaines et suivie de laryngite qui n'a pas régressé depuis.

En septembre dernier, alors qu'elle toussait déjà depuis plusieurs mois, elle fait brusquement, à la suite d'un *refroidissement*, une hémoptysie légère ; puis continue à faire des poussées fébriles intermittentes jusqu'à présent.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon droit avec multiples aspects spéléoculaires.

Rien à gauche.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 60 ans, vieux tisseur.

Mère. — Bien portante.

La malade est l'aînée de 4 enfants :

Le 2^e est mort en 1914, à 28 ans, de tuberculose pulmonaire, ayant succédé à une pleurésie avec épanchement.

Le 3^e est mort en 1910, à 18 ans, de tuberculose pulmonaire.

Le 4^e, âgé de 26 ans, est actuellement bien portant.

La malade a toujours habité le milieu familial même depuis son mariage et elle a soigné et assisté ses deux sœurs jusqu'à leur mort.

Mari. — Bien portant, pas d'enfant.

Interprétation. — Il s'agit ici, encore, d'une tuberculose familiale, d'origine paternelle probablement. On peut invoquer le rôle des nouvelles infections importantes à laquelle notre malade a été exposée à deux reprises différentes, mais qui n'auraient manifesté leur activité que 4 ans après, à l'occasion d'une grippe pulmonaire.

OBSERVATION XLV.

Mme B..., 24 ans, sans profession, salle Quesnay, n° 1.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade ne se rappelle d'aucune maladie de l'enfance et n'a jamais toussé. Elle appartient à une famille aisée et n'a jamais travaillé hors de son ménage.

Mariée en 1921, elle devient enceinte et accouche le 11 décembre, à terme, d'un enfant normal. Après l'avoir nourri un mois, elle doit cesser l'allaitement à cause d'une grande fatigue et d'un amaigrissement profond.

Deux fois après la toux apparaît, puis la fièvre, puis l'expectoration.

Etat actuel des lésions. — A gauche : densification totale avec plusieurs spéléonques.

A droite : marbrures et taches entre le hile et la clavicule avec aspect cavitare.

Histoire familiale. — Père. — Mort, il y a 20 ans, d'un « chaud et froid » ayant duré 3 mois.

Mère. — Morte de bronchite chronique asthmatiforme à 52 ans, il y a trois ans.

Elle est la quatrième d'une famille de sept enfants.

Un seul survivant avec la malade : le frère aîné, âgé de 32 ans.

Une sœur est morte de bacillose à Brévannes à 16 ans, il y a 13 ans.

Tous les autres sont morts dans l'enfance de maladies diverses mal précisées : rougeole, méningite, convulsions (?).

Mari. — A eu une pleurésie au régiment avant son mariage, mais depuis n'a jamais toussé.

Interprétation. — Cas typique de tuberculose familiale, réveillée chez notre malade par la grossesse et l'allaitement.

OBSERVATION XLVI.

Mlle R... Georgette, 20 ans, sans profession, salle Quesnay, n° 9.

Histoire de la malade. — Née et élevée en province, elle est venue habiter Paris après la mort de ses parents en 1914. Auparavant et jusqu'en 1918, elle n'avait eu aucune maladie, en dehors de la rougeole et n'avait jamais toussé.

En 1918, contracte une *grippe* sévère, à la suite de laquelle elle tousse pendant deux ans. Mais depuis 1920, elle se sentait très bien portante. En novembre dernier, survient une hémoptysie fébrile et depuis ce moment, c'est une suite de continuelles poussées avec de courtes périodes d'améliorations intercalaires.

En avril dernier rechute grave qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon gauche avec aspect cavitairé.

A droite : Lésions discrètes autour du hile.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'une suppuration chronique du rein, il y a 11 ans.

Mère. — Morte d'un chaud et froid, il y a 16 ans, après une maladie ayant duré un mois, mais elle toussait déjà auparavant et une de ses sœurs venait de mourir de tuberculose.

Une sœur morte de la grippe en 1918.

Interprétation. — Il semble bien que la malade s'est trouvée en milieu tuberculeux mais cette primo-infection est suffisamment cicatrisée pour lui permettre de résister à une grippe sévère.

Son réveil actuel paraît sous la dépendance d'une activité génitale récente et facilement avouée par la malade qui s'était mise en ménage avec un ami, d'ailleurs sain, en octobre 1922, deux mois avant son hémoptysie.

OBSERVATION LXII

Mlle Dem... Yvette, 19 ans, domestique, salle Prosny, n° 15.

Histoire de la malade. — La malade, née de parents très pauvres et toujours malades, a connu une enfance misérable dans un petit village du Gard. Elle a eu la rougeole et la coqueluche dans la seconde enfance, mais jamais elle n'a toussé. A la mort de ses parents, elle est recueillie par une tante bien portante et commence à travailler à 14 ans, comme fille de ferme.

A 16 ans, elle vient à Paris, comme bonne à tout faire, chez des commerçants de Passy et connaît depuis un *gros surmenage* et une *mauvaise hygiène*. Cependant ce n'est qu'au cours de l'hiver 1922-23 qu'elle commence à tousser et à présenter des signes progressifs d'imprégnation tuberculeuse. Elle continue cependant à travailler jusqu'en juillet 1923 : c'est une hémoptysie abondante qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A droite : Rétraction de l'hémithorax droit. Taches foncées et confluentes dans la moitié su-

périeure du champ pulmonaire avec spélonque sous la clavicule.

A gauche : Nombreuses calcifications périhilaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort de tuberculose pulmonaire, en 1911, la malade avait 6 ans.

Mère. — Morte de tuberculose pulmonaire en 1917, la malade avait 12 ans.

Interprétation. — Il est probable que la malade a reçu de ses parents une primo-infection riche mais bien supportée à cause, sans doute, de la vie au grand air. C'est seulement après trois ans de gros surmenage sans nouveau contage, progressivement que le réveil s'est accompli.

OBSERVATION LXXII

M. Mar..., 19 ans, mécanicien, salle Chomel, n° 25.

Histoire du malade. — Ne se souvient pas d'avoir jamais été malade et jusqu'il y a six mois il avait pu exercer sans fatigue, une profession très dure. A ce moment, progressivement, s'installent des signes d'imprégnation bacillaire et il y a deux mois, il est obligé de cesser complètement tout travail.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose caverneuse très étendue.

Histoire familiale. — Père. — 41 ans, bien portant.

Mère. — Morte il y a quatre ans, de tuberculose pulmonaire. Elle était « malade » depuis longtemps.

Un frère, âgé de 13 ans, bien portant ; actuellement dans un préventorium.

Interprétation. — Tuberculose d'origine maternelle, n'ayant cependant jamais manifesté son existence auparavant et réveillée sans cause apparente. Réveil 4 ans après la disparition de la source de surinfection.

OBSERVATION LXXIII.

Mlle Gab... Georgette, 18 ans, sténo-dactylographe, salle Quesnay, n° 6.

Histoire de la maladie. — Née à Paris, elle ne se rappelle d'aucune maladie de l'enfance en dehors de la rougeole. Elle fut mise en pension à 11 ans, à la campagne et fit à 15 ans, une hémoptysie légère. Revenue à Paris à 16 ans, commença à tousser et à cracher presque aussitôt. L'hiver dernier, elle fut admise dans un sanatorium et en revint le mois dernier pour subir le pneumothorax thérapeutique.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-cavitaire de la totalité du poumon droit.

Rien à gauche.

Pneumothorax pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Réformé avant la guerre, très malade depuis 1915, mort en 1917 de tuberculose pulmonaire.

Mère. — Bien portante.

Un frère mort de méningite tuberculeuse à 17 mois en 1911.

Un frère, mort de tuberculose pulmonaire en 1914 à 15 ans.

Une sœur, âgée de 28 ans, bien portante.

Interprétation. — Il s'agit nettement d'une tuberculose familiale à primo-infection riche dans la première enfance et qui s'est développée progressivement sans avoir été soumise à de nouvelles infections familiales, puisque la malade n'est rentrée au foyer paternel qu'après la disparition de la source de contagie.

OBSERVATION LXXIX

M. Ham... Joseph, 35 ans, ouvrier d'usine, salle Chomel, n° 11.

Histoire du malade. — Né et élevé à Valenciennes, il n'aurait jamais été malade avant la guerre. Mobilisé dans l'infan-

lerie, il retourne à l'arrière en 1916, comme ouvrier d'usine. En 1917, pendant l'hiver, il est hospitalisé trois mois pour une bronchite sévère et depuis il continue à tousser et à cracher sans d'ailleurs cesser son travail.

En 1918, il retrouve sa femme restée en pays envahis pendant la guerre, très gravement malade et jusqu'en août 1919, date de sa mort, il cesse de travailler pour rester à son chevet.

Depuis ce temps, il était bien portant. En janvier 1922, il se sent de nouveau fatigué, légèrement fébrile le soir et il souffre de la région lombaire. Examiné en mars à l'hôpital de Vaugirard, on lui découvre une sacro-coxalgie ; mais ses lésions pulmonaires plus importantes le font diriger sur l'hôpital Laënnec.

Etat actuel des lésions. — A droite : Marbrures, taches et spéléonques disséminées sur toute l'étendue du champ pulmonaire.

A gauche. — Aspect en mie de pain au-dessus et au dessous de la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort tuberculeux il y a 20 ans. Le malade, alors âgé de 15 ans, avait commencé son apprentissage depuis un an et n'habitait plus au foyer familial où il ne revenait qu'à de rares intervalles.

Mère. — Agée de 60 ans et bien portante.

Un seul frère, âgé de 41 ans, en bonne santé.

Femme morte en 1919 de tuberculose pulmonaire développée pendant son séjour en pays envahis.

Une fille de 10 ans. — Bien portante.

Interprétation. — Le malade a reçu certainement une primo-infection riche auprès de son père ; mais cette infection ne se manifeste, pour la première fois, que pendant la guerre, par une grave bronchite. Mais l'infection nouvelle à laquelle il est exposé pendant la maladie de sa femme a-t-elle influé sur cette tuberculose révélée seulement deux ans après ? On ne peut ni l'affirmer, ni le nier.

OBSERVATION LXXX

M. Pruc..., 19 ans, ajusteur, salle Louis n° 5.

Histoire du malade. — A toujours habité Paris. Rougeole à 7 ans, varicelle à 9 ans, il ne se connaît pas d'autre maladie jusqu'à l'âge de 14 ans où, deux mois après son entrée en apprentissage, en 1918, il contracte la *grippe* mais il s'agit d'une maladie fébrile durant deux mois et accompagnée de toux et d'expectoration. L'année suivante, à la même époque, nouvel épisode absolument semblable au premier et durant trois mois et accompagné d'expectoration bacillaire.

En juillet 1921 : à la suite d'un refroidissement, apparaît un point de côté et de la fièvre. A l'hôpital, on parle de pleurite de la base gauche, mais on retrouve des bacilles de Koch dans l'expectoration. Il est alors envoyé à Bligny pour un an. Il en sort très amélioré, mais à sa sortie, il y a un mois, il mène une existence un peu désordonnée, prend froid de nouveau et commence une nouvelle poussée évolutive.

Etat actuel des lésions. — Rétraction costale à gauche.

Aspect en mie de pain des deux tiers supérieurs du poumon gauche.

Poumon droit normal.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte à l'hôpital d'une affection pulmonaire mal définie, mais sans expectoration bacillaire.

Frère. — Agé de 21 ans, actuellement soldat et bien portant.

Interprétation. — C'est en somme une histoire de tuberculose ancienne qui évolue par poussée successive depuis l'âge de 14 ans. Nous ne pouvons déterminer au juste si à cette époque le malade a été réellement atteint de grippe épidémique ayant réveillé ses lésions de primo-infection ou si, au contraire, il s'est agi d'emblée d'une première poussée évolutive à la suite de l'entrée en apprentissage.

OBSERVATION LXXXII

Mme Gar...; 23 ans, lingère, salle Piorry, n° 12.

Histoire de la malade. — Ne se rappelle d'aucune maladie de l'enfance. Après la mort de sa mère, tuberculeuse, la malade, âgée de 10 ans, entre dans un couvent à la campagne et y demeure jusqu'à 18 ans. Elle était alors en parfaite santé.

Elle revient à Paris, habiter avec sa sœur et travaille beaucoup à des travaux de lingerie aussi pénibles que peu rémunérateurs. Au bout d'un an, en 1920, survient une laryngite qui dure trois mois et ne s'accompagne pas de toux. Examinée à la Pitié, on lui dit qu'elle n'a pas de lésion. Elle se marie quelques mois plus tard, et accouche en avril 1921, d'une enfant mort-née, au huitième mois d'une grossesse avec albuminurie.

En mai 1922, nouvelle fausse couche de trois mois, sans curetage. Au début de 1923, les signes d'imprégnation bacillaire s'installent peu à peu : toux, amaigrissement, asthénie et bientôt elle doit s'aliter.

Etat actuel des lésions. — Infiltration cavitaires de la presque totalité du poumon gauche.

A droite : Taches et marbrures autour du hile.

Histoire familiale. — Mère. — Morte tuberculeuse en 1910.

Père. — Mort tuberculeux en 1919, la malade n'avait aucun contact avec lui depuis 13 ans et ne l'a même pas revu avant qu'il meure.

Une sœur âgée de 26 ans, mariée et bien portante.

Mari. — A fait toute la guerre et jouit d'une bonne santé.

Interprétation. — Notre malade a reçu de sa mère une primo-infection sans doute importante, mais qui ne s'est jamais manifestée tant qu'elle a vécu au grand air et dans de bonnes conditions hygiéniques.

Ce n'est que dix ans après qu'apparaissent les premières manifestations à la suite d'une vie fatigante et peu hygiénique.

et la maladie s'aggrave peu à peu à la suite de deux incidents obstétricaux.

OBSERVATION LXXXIII

Mlle Four..., 32 ans, domestique, salle Bouillaud, n° 9.

Histoire de la malade. — La malade a toujours habité la campagne, et malgré cela, a toujours été fragile, anémique, difficile à élever dans son enfance. Elle a eu la rougeole à 7 ans ; à 18 ans, elle entre en service à la campagne, chez des rentiers : « car elle n'est pas assez forte pour faire de gros travaux » ; elle y reste jusqu'en 1917 et vient à ce moment à Paris, dans un milieu bourgeois, sain.

En 1918, elle fait la *grippe épidémique sans complication*.

En 1920, elle devient cuisinière dans un hôtel et connaît le gros surmenage. Jusque-là, elle n'avait jamais toussé. Mais 6 mois après, à la suite d'une « bronchite mal soignée » elle est examinée au dispensaire et envoyée à Groslay, où elle reste 13 mois. Elle en revient sans aucune amélioration.

Etat actuel des lésions. — A gauche : ,obscurité du tiers supérieurs avec taches plus foncées sous la clavicule.

A droite : taches et marbrures entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort tuberculeux quand la malade avait deux ans.

Mère. — Bien portante, habite la campagne.

Un frère, mort à neuf ans, des suites de la rougeole, 2 ans après la mort du père.

Un frère. — Bien portant, âgé de 38 ans.

*Interprétation.*¹ — Primo-infection certaine dans la première enfance par le père, mais ne s'étant jamais manifestée jusqu'à l'âge de 30 ans. Réveil à la suite d'un *gros surmenage avec mauvaise hygiène* : aucune contagion récente.

OBSERVATION LXXXIV

Mme Wit..., 22 ans, lingère, salle Quesnay, n° 18.

Histoire de la malade. — A eu la rougeole et la coqueluche dans l'enfance ; mais depuis a toujours été bien portante. Elle se marie à 18 ans, subit successivement *trois grossesses* : en 1920, le premier enfant meurt à trois mois, de diarrhée. Le deuxième, né en 1921, allaité 8 mois, meurt à 23 mois (il y a 7 mois, de coqueluche et de convulsions. Elle a *cessé d'allaiter* parce qu'elle avait été atteinte d'une adénite bacillaire bilatérale au niveau du cou : entrée en régression après une seule ponction.

En 1922, *nouvel accouchement*, suivi presque immédiatement d'une nouvelle poussée ganglionnaire cervicale, suppurée et fistulisée cette fois. L'enfant, allaité 5 mois, est actuellement à la crèche de l'hôpital Laënnec, et présente des signes de tuberculose en évolution avec cutiréaction positive.

Etat actuel des lésions. — Infiltration discrète du tiers supérieur du poumon droit avec taches et marbrures.

Poumon gauche : normal.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 63 ans, bien portant.

Mère. — Morte d'accident, il y a 6 ans, mais était tuberculeuse depuis un an, à la suite de sa dernière grossesse et avait été soignée à Laënnec, à deux reprises différentes.

Notre malade est la 5^e d'une famille de 7 enfants, dont voici la répartition :

2 frères bien portants, âgés de 28 et 27 ans.

1 frère, âgé de 26 ans, actuellement suspect de tuberculose, suivi par un dispensaire et attendant son départ dans un sanatorium.

1 frère, âgé de 24 ans, bien portant, vient de faire son service militaire, a été examiné au dispensaire, à deux reprises, et reconnu sain.

Notre malade.

1 frère, mort au début de cette année, de tuberculose pulmonaire, à Brévannes, à 19 ans.

1 frère, mort en 1920, à 7 ans, atteint de mal de Pott.

Mari. — Indemne de tuberculose.

Interprétation. — Lamentable histoire de tuberculose familiale, d'origine maternelle. L'histoire montre que les deux aînés sont indemnes, mais ils avaient quitté le milieu familial au moment de la maladie maternelle.

Le troisième est atteint sans doute légèrement.

Le quatrième est sain, jusqu'à présent.

Le 5^e et le 6^e sont gravement farppés : ils étaient âgés de 16 et 13 ans, au moment de la mort de leur mère.

Le 7^e, enfin, âgé de 1 an, à cette époque, est mort à 7 ans, de tuberculose osseuse.

Notons que chez notre malade, l'effet de cette infection maternelle ne se fait sentir qu'après la deuxième grossesse et sous le mode inhabituel d'une tuberculose des ganglions du cou. Après la troisième grossesse, nouvelle poussée ganglionnaire avec cette fois apparition des manifestations pulmonaires.

OBSERVATION LXXXIX

M. Ay... Arthur, 30 ans, maçon, salle Corvisart, n° 18.

Histoire du malade. — Elevé à Paris, il a été deux fois aux Enfants-Malades, dans son enfance : pour rougeole avec broncho-pneumonie à 7 ans, et pour diphtérie à 11 ans. Il était bien portant avant la guerre et travaillait depuis l'âge de 15 ans, sans aucune fatigue. Il est mobilisé en 1914 et reste au front, dans l'infanterie, pendant deux ans et demi, sans maladie, ni pleurésie. Brusquement, en janvier 1917, il est pris d'une grosse « bronchite » avec congestion, et après deux mois de séjour à l'hôpital, il est réformé temporairement. Il continue d'ailleurs à être malade, et en 1919 il est réformé 100 %.

Depuis, il fait des poussées assez fréquentes et de plus en plus graves, dont la dernière, datant de 15 jours, paraît con-

sécutive à une nuit passée en plein air, à la suite de quelque excès de boisson dont il n'est d'ailleurs pas coutumier.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la totalité du champ pulmonaire gauche avec cavité.

Obscurité du tiers supérieur du champ pulmonaire droit avec taches et marbrures sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père et mère. — Bien portants, non bacillaires.

Trois sœurs. — Plus jeunes que lui et bien portantes.

Un frère, mort en 1915, à 14 ans, d'un « chaud et froid » ayant duré deux à trois semaines.

Une sœur, morte à Berck, d'abcès froid.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection de l'enfance absolument latente au bout de deux ans et demi de campagne. N'a été ni gazé, ni blessé.

OBSEBATION C

M. Ch..., 32 ans, peintre en bâtiment, salle Corvisart, n° 3.

Histoire du malade. — A part une rougeole à 9 ans et une fièvre muqueuse à 11 ans, le malade ne se rappelle pas avoir jamais été malade et en particulier il n'a jamais toussé.

Cependant, on lui a dit qu'il avait été très gravement malade au moment de la mort de sa mère et de sa sœur, lorsqu'il avait trois ans. Il travaille depuis l'âge de 16 ans, a fait son service militaire puis toute la guerre dans l'infanterie trois ans en France et deux ans en Orient). Depuis la guerre, il n'a pas cessé une seule fois son travail. L'hiver dernier, il fut envoyé par le patron qui l'emploie, pour peindre des moteurs dans une usine et comme il était payé aux pièces, il se mit à travailler tous les jours jusqu'à une heure très avancée de la nuit. En février, il ressentit les premiers signes d'impregnation bacillaire ; en mai, il fit une hémoptysie révélatrice et depuis son état n'a cessé de s'aggraver.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Opacité des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec vaste spélouque sous la clavicule.

A droite : taches et marbrures entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1910, d'accident.

Mère. — Morte en 1893, des suites d'une pleurésie, le malade avait 3 ans.

Sœur, morte à 4 ans et demi, la même année que la mère, de méningite.

Femme, bien portante, ne vit plus avec lui depuis 8 ans.

Interprétation. — Il semble que le malade ait fait une primo-infection riche, d'origine maternelle, dont il paraissait complètement guéri et qu'il s'agisse actuellement d'un réveil sous l'influence d'un gros surmenage de travail.

OBSERVATION CVI

M. That..., 22 ans, mécanicien, salle Corvisart, n° 11.

Histoire du malade. — Né et élevé à la campagne, il n'a jamais été malade. Il quitte sa famille à 14 ans, pour entrer en apprentissage, et s'engage à 18 ans, dans la marine. Il contracte une bronchite aiguë qui dure 8 semaines, quelques mois après son embarquement ; mais celle-ci ne semble laisser aucune trace puisque l'année suivante, après visite médicale avec examen radiologique du poumon, il est reçu dans l'aviation comme pilote.

Il est nommé sergent en janvier dernier, il commence alors une vie de débauche des plus caractérisées : chaque soir le ramène à Paris, où les nuits se passent en fêtes et orgies. Il a pour amie une femme saine et bien portante, qu'il a d'ailleurs fait examiner depuis qu'il se sait malade et qui a été reconnue indemne de tuberculose.

Brusquement, en mai dernier, il fait une nouvelle bronchite, dont la résolution traînante l'inquiète, bien qu'il n'ait pas

maigri. Il consulte et est étonné d'apprendre l'importance de sa lésion.

Etat actuel des lésions. — Obscurité des deux tiers supérieurs du poumon gauche avec images cavitaires multiples.

A droite, quelques taches peu foncées autour du hile.

Histoire familiale. — Père. — Mort de pneumonie ayant duré 3 mois, en 1911, le malade avait 9 ans.

Mère. — Morte d'accident.

Une sœur, morte en nourrice, au moment de la maladie du père. Elle avait été éloignée justement à cause de la maladie.

Interprétation. — Primo-infection probablement importante, d'origine paternelle, ne s'étant jamais manifestée et réveillée à la suite d'un *surmenage de plaisir* manifestement exagéré.

OBSERVATION CVII

M. Pail... Charles, 23 ans, mécanicien, salle Louis, n° 10.

Histoire du malade. — Né et élevé à Paris, a fait dans l'enfance : la rougeole avec broncho-pneumonie à 6 ans, la coqueluche à 7 ans. Toute son adolescence se passe sans incident et il est accepté dans le service armé. A 22 ans, pendant les derniers mois de son séjour au régiment, survient une hémoptysie légère, solitaire, pour laquelle il n'est pas hospitalisé.

Rentré à son foyer, il reprend son travail, d'ailleurs peu pénible et l'hiver suivant, en janvier 1924, survient une nouvelle hémoptysie, très abondante et fébrile, qui marque l'origine d'une poussée qui l'amène à l'hôpital en mai 1924.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure de l'hémithorax droit avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Poumon gauche normal.

Pneumothorax artificiel réalisé avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Atteint de pleurésie en 1907, continue depuis à tousser, à cracher. Agé de 59 ans, son expectoration examinée à deux reprises ne serait pas bacillaire.

Mère. — Morte subitement, il y a dix ans.

Une sœur, âgée de 15 ans, actuellement à Bligny, pour tuberculose pulmonaire ouverte, a été élevée à la campagne depuis la mort de sa mère et depuis 10 ans n'a eu aucun contact ni avec son père, ni avec son frère.

Interprétation. — Il s'agit vraisemblablement du réveil d'une primo-infection d'origine paternelle ; réveil sans cause apparente nette et en particulier sans infection récente : notre malade, depuis son service militaire n'a plus en, en effet, aucun contact avec son père.

OBSERVATION CXIII

M. M... Jéân, 22 ans, mécanicien, salle Louis, n° 2.

Histoire du malade. — Elevé à Paris, il ne se souvient d'aucune maladie de l'enfance. Mais depuis son entrée en apprentissage, il aurait été très souvent enrhumé l'hiver, tout en restant dans l'ensemble très robuste. Il part au service militaire à 21 ans, et plusieurs fois il est envoyé à l'infirmerie pour gros rhumes.

A peine rentré dans ses foyers, avant même d'avoir repris tout travail, en mars 1924, brusquement, sans aucune cause favorisante appréciable, survient une poussée aiguë avec point de côté, fièvre, dyspnée, toux sèche et sans expectoration.

Cet épisode dure un mois, mais le malade reste fatigué et incapable de travailler. En juin la fièvre reparait et il entre à l'hôpital.

Elat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséeuse de la partie moyenne du poumon droit, autour de l'interlobe.

Rien à gauche.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Mort, le malade avait 1 an, d'une affection pulmonaire inconnue.

Mère. — Bien portante.

Un frère. — Mort en bas âge, quelques mois après la mort du père, de convulsions.

Deux frères et une sœur bien portants, mais nés après la mort du père de notre malade, la mère s'étant remariée.

Interprétation. — Primo-infection d'origine paternelle probable. Réveil actuel sans cause appréciable.

OBSERVATION CXV

M. Hub... Ferdinand, 43 ans, manutentionnaire, salle Louis, n° 12.

Histoire du malade. — Il signale deux incidents pathologiques dans sa vie antérieure : la rougeole à 7 ans avec bronchopneumonie « dont il faillit mourir » et une crise d'*appendicite* aiguë opérée d'urgence en 1910, à 29 ans. En dehors de cela c'est un individu robuste qui a toujours beaucoup travaillé, a fait son service militaire et *tout* la guerre comme artilleur, sans une minute de maladie.

Après la guerre, il reprend son métier et travaille courageusement pour améliorer sa situation et en particulier, en 1920 et 1921, il fait des heures supplémentaires, travaillant 12 à 13 heures par jour, et souvent faisant des comptes le soir chez lui jusqu'à une heure avancée de la nuit.

C'est en décembre 1922 que brusquement, du jour au lendemain, il est pris d'une *congestion pulmonaire* avec fièvre à 40° et point de côté. Au bout de 8 jours « se déclare une *pleurésie droite* » qui dure deux mois. A la suite de cet incident, il reste fatigable et touseur ; de temps à autre, il fait une petite poussée de fièvre avec recrudescence de la toux et traîne ainsi jusqu'en avril 1924, où il vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du sommet droit avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Quelques taches floues autour du hile gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a 38 ans quand le malade avait 5 ans, d'un chaud et froid qui a duré 3 mois pendant lesquels il avait craché du sang à plusieurs reprises.

Mère. — Actuellement vivante et bien portante.

Pas de collatéraux.

Femme. — Bien portante. Pas d'enfant.

Interprétation. — Le malade avait, dit-il, une vie aisée, séricieuse, sans privation et sans excès alcoolique. Il accuse nettement son *gros surmenage de travail*, conséquence de son ambition. Il est difficile de préciser si le premier épisode aigu de décembre 1922 était de nature tuberculeuse ou bien s'il s'agissait, comme on l'observe fréquemment, d'une infection pulmonaire pneumococcique ayant favorisé le réveil de lésions très anciennes, reliquat d'une primo-infection qui n'avait jamais manifesté son existence.

OBSERVATION CXVI

M. F... Alexandre, 22 ans, photographeur, salle Louis, n° 18.

Histoire du malade. — Signale la rougeole et la scarlatine dans l'enfance. A 16 ans, il est opéré d'*appendicite* chronique après avoir suivi un régime débilisant pendant six mois : il avait à cette époque, beaucoup maigri. C'est à partir de ce moment, que, quatre ans de suite, il commence à faire, *chaque hiver*, une grosse bronchite qui le met au lit pour un mois en moyenne.

Cependant, il est pris dans le service armé et accomplit tout son service militaire dans l'infanterie ; une seule fois, il fut malade et entra pour seize jours à l'hôpital militaire pour bronchite.

Il revient ensuite au foyer familial, reprend son travail d'une façon régulière, et sans surmenage d'aucune sorte.

En janvier 1924, trois mois après son retour, les signes d'imprégnation bacillaire s'installent insidieusement et en mars, il fait une poussée évolutive marquée, qui l'amène au dispensaire.

Etat actuel des lésions. — Opacité de la moitié supérieure du poumon gauche avec spélonque volumineuse sous la clavicule.

Rien à droite.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Asthmatique depuis dix-huit ans, a toujours toussé et craché, sans être véritablement malade. Examinée au dispensaire à l'occasion de la maladie de son fils, on lui a trouvé des bacilles de Koch dans les crachats.

Une sœur, âgée de 16 ans, bien portante et reconnue indemne à la visite de prophylaxie.

Interprétation. — Il s'agit sans doute d'une tuberculose de primo-infection riche, évoluant à bas bruit depuis plusieurs années, mais dans l'évolution de laquelle le rôle des infections répétées doit être envisagé.

OBSERVATION CXX

M. R..., 31 ans, manœuvre, salle Corvisart, n° 17.

Histoire du malade. — A 10 ans, il est atteint d'adénopathie cervicale froide bilatérale qui suppure, se fistulise et le fait envoyer à Berck où il reste cinq ans. Pendant son séjour, ses fistules se rouvrent à chaque instant et il survient des abcès froids multiples du type gommeux au niveau des avant-bras. Toutes les lésions ont laissé des cicatrices caractéristiques.

Jusqu'à 20 ans, il est bien portant et il est mobilisé dès le début de la guerre dans l'infanterie. En dehors d'une blessure d'ailleurs légère, il passe 4 ans et demi sur la ligne de combat,

sans évacuation. Après la guerre, son état de santé est devenu parfait.

En 1922, brusquement, à la suite d'un *refroidissement*, il est pris de frissons, de point de côté et entre à Necker pour une congestion pulmonaire qui dure six semaines. Il s'en remet mal et continue à tousser tout l'hiver. L'été se passe bien, mais l'hiver suivant, une nouvelle poussée du même type l'arrête pendant deux mois. Depuis ce temps, il maigrit, perd l'appétit et continue à tousser et à cracher.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale cavitaire très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *tuberculose pulmonaire* à Laënnec, à 58 ans, en 1916.

Mère. — Morte (?) le malade avait 7 ans.

Deux frères, bien portants, ayant fait toute la guerre sans incident ; tous deux plus âgés que notre malade.

Interprétation. — Voici une exception à la loi de Marfan : primo-infection certaine et s'étant manifestée par des abcès froids cutanés. Réveil tardif à la suite d'un épisode pulmonaire aigu.

OBSERVATION CXXIV

M. Des... Henri, 27 ans, garçon livreur, salle Hanot, n° 7.

Histoire du malade. — Il signale une rougeole bénigne à 7 ans, et peu après l'apparition d'*adénopathies cervicales froides*, bilatérales qui disparaissent au bout de plusieurs mois, sans suppuration.

L'adolescence est indemne d'incident pathologique et il est pris bon pour le service en 1916. Mais, quatre mois après son arrivée à la caserne, il fait une nouvelle poussée d'*adénopathie* qui entraîne la réforme. Cette adénopathie ne suppure pas et guérit cette fois encore au bout de 5 à 6 mois. Rien à signaler jusqu'en 1921. A cette époque, à la suite d'un *refroi-*

dissement, survient une pleurésie droite, sans liquide, qui guérit rapidement.

En décembre 1923, après un nouveau refroidissement, apparaît un épisode grippal aigu qui, au bout de 8 jours « se transforme en congestion pulmonaire ». C'est là le début de la poussée évolutive actuelle qui progresse sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Condensation de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec aspect en mie de pain à la partie moyenne.

A gauche : Condensation périhilaire avec aspect en mie de pain.

Histoire familiale. — Parents en bonne santé ; n'ont pas toussé.

Un frère. — Mort de *tuberculose pulmonaire*, à 29 ans, en 1921 ; il était malade depuis très longtemps, mais séparé de son frère qui ne l'avait pas revu depuis la guerre.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection d'un type spécial (adénopathies cervicales non suppurées) sous l'influence de « refroidissements successifs ».

OBSERVATION CXXX

M. Cor... Pierre, 30 ans, salle Hanot, n° 24.

Histoire du malade. — Elevé à la campagne, il paraît avoir été épargné par les maladies habituelles de l'enfance ; mobilisé en 1914, il est envoyé au front et jusqu'en 1917, il accomplit sans faiblesse le dur métier de fantassin. En décembre 1917, il est atteint d'une *bronchite grave*, fébrile, qui nécessite son évaluation et son séjour à l'hôpital pendant deux mois. Mais il guérit complètement et n'est pas réformé.

• Rentré au pays, il se sent fatigué, maigrit et travaille difficilement : l'hiver il est arrêté par de fréquentes bronchites. En 1921, il arrive à Paris, pour travailler dans une usine ; mais un mois à peine après son arrivée, il entre à l'hôpital.

Cette poussée paraît guérie complètement et depuis, il travaille sans arrêt jusqu'en août 1924, où de nouveau, il crache du sang.

Etat actuel des lésions. — Quelques calcifications dans le champ pulmonaire gauche.

A droite : Forte rétraction costale, taches et marbrures dans les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec cavité sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Malade de la poitrine depuis six ans est mort en janvier dernier, brusquement, en trois jours, au cours d'un épisode grippal.

Mère. — Bien portante.

Une sœur plus jeune que le malade, morte à 26 ans, en mars dernier, de *tuberculose pulmonaire*, 8 mois après son mariage, au 6^e mois d'une grossesse. Elle avait craché du sang pour la première fois en mai 1923.

Trois frères et une sœur, tous plus âgés que le malade, tous mariés, habitant la campagne et bien portants.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose d'origine familiale qui semble, chez notre malade, s'être réveillée pendant la guerre. Après la guerre, le malade a dû être soumis à de nouvelles infections d'origine paternelle. Mais depuis trois ans, il habite Paris, et rien n'explique en particulier la poussée actuelle survenue sans surmenage, et sans privations.

Notons que dans cette famille, les aînés, ayant quitté plus tôt le milieu familial contagieux, paraissent épargnés.

OBSERVATION CXXXII

Mlle Led... Germaine, 20 ans, vendeuse, salle Mosny, n° 2.

Histoire de la malade. — Enfant délicate, chétive, sujette aux rhumes et aux angines, la malade signale comme unique maladie sérieuse la diphtérie à 5 ans. A 14 ans, elle est atteinte

de la *grippe épidémique* mais guérit en quatre jours sans complication.

A 15 ans, entre en apprentissage comme couturière, mais elle est pâle, anémique, mal réglée et un médecin conseille un changement de profession.

A 16 ans, elle devient vendeuse dans un magasin de quartier et pendant deux ans, sa santé s'améliore.

A 18 ans, laryngite aiguë, avec toux et fièvre, durant six semaines. En novembre 1923 ; à 19 ans, apparition progressive des signes d'imprégnation bacillaire, consécutivement à un changement de condition ; elle est entrée depuis deux mois dans un grand magasin où le service lui paraît très pénible.

En mars 1924, la fièvre s'installe et une poussée évolutive sévère apparaît.

Elat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse, avec petites cavités, limitées au sommet droit.

Rien à gauche.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte de tuberculose pulmonaire en 1911, après sa 3^e grossesse. La malade avait 7 ans.

Une sœur morte en 1910, à 7 mois, de bronchite (?).

Une sœur morte à 4 ans, en 1911, trois mois après la mère, de tuberculose.

Une sœur aînée âgée de 23 ans, mariée et bien portante.

Interprétation. — Primo-infection riche, d'origine familiale et réveillée progressivement sans cause favorisante nette : la poussée récente paraît en rapport avec un certain surmenage professionnel qui est en réalité une manifestation de la fatigabilité excessive. Notons que la tuberculose maternelle qui a fait trois victimes, paraît avoir épargné la sœur aînée, du moins jusqu'à présent.

OBSERVATION CXXXVI

Mlle Four..., 32 ans, caissière, salle Mosny, n° 7.

Histoire de la malade. — Très riche en manifestations pathologiques.

Dans l'enfance : scarlatine et diphtérie.

Rhumatisme articulaire aigu à 8 ans, 15 ans et 20 ans, avec insuffisance mitrale consécutive, bien compensée.

Bronchite aiguë, fébrile, ayant duré deux mois en 1916, à 26 ans.

Grippe épidémique compliquée de congestion pulmonaire en 1918.

De 1919 à 1923, état de bonne santé apparente.

En 1923, nouvel épisode aigu du type grippal, durant un mois, à la suite duquel elle ne cesse plus de tousser.

Enfin, au début de 1924, installation progressive des signes d'imprégnation bacillaire, suivis en mai d'une poussée évolutive sérieuse.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséreuse cavitaire de la presque totalité du poumon gauche.

Rien à droite.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte à 39 ans, de *tuberculose pulmonaire*, la malade avait 9 ans.

Pas de collatéraux.

La malade vit en ménage depuis quatre ans, avec un homme parfaitement sain ; elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

Interprétation. — Il s'agit de l'évolution progressive d'une tuberculose d'origine maternelle, sans cause favorisante appréciable.

Il est intéressant de noter ici qu'une grippe épidémique n'a été suivie d'aucune évolution bacillaire.

OBSERVATION CXXXVII

Mlle Ph... Lucienne, 19 ans, sténo-dactylographe, salle Hannot, n° 14.

Histoire de la malade. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Bronchite grave à 6 ans.

Commence à travailler à 17 ans, mais en dehors de ses heures de bureau, elle s'occupe, à elle seule, du ménage pour son père et son frère ; elle fait la cuisine, la lessive, le repassage, etc., et se couche souvent à une heure avancée de la nuit.

Dès septembre 1923, elle se sent fatiguée et amaigrie, mais ce n'est qu'en décembre dernier qu'à la suite d'une « grippe » elle va consulter : on lui découvre alors des lésions pulmonaires importantes. En février elle entre dans le service du Professeur Léon Bernard pour poussée évolutive sévère.

Etat actuel des lésions. — A droite : Rétraction costale, diaphragmatique et cardio-aortique. Densification massive à la partie moyenne nettement triangulaire à sommet hilair et à limite nettement arrêtée par la scissure interlobaire.

Rien à gauche.

Histoire familiale. — Mère. — Morte d'un cancer de l'utérus.

Père. — Bien portant mais toussueur chronique non bacillaire.

Un frère et une sœur aînés, tous deux mariés et bien portants.

Une sœur, morte à 17 ans, en juin 1923, de *tuberculose pulmonaire* ; la malade partageait son lit au début de sa maladie en décembre 1922 jusqu'en février 1923, date de l'entrée à l'hôpital.

Un frère âgé de 16 ans, actuellement soigné au dispensaire pour « voiles des sommets ». En instance de départ en sanatorium.

Interprétation. — S'agit-il d'une tuberculose familiale d'origine paternelle ayant frappé les trois derniers enfants ? Ou

bien, est-ce la sœur, morte à 17 ans, qui a apporté la contagion dans son entourage ? En tous cas, enregistrons le rôle du *surnénage* favorisant l'éclosion de la maladie chez notre sujet.

Ici encore, on accuse une contagion récente ; la malade travaillait dans une banque dont le caissier était tuberculeux. Mais elle n'avait aucun contact intime avec lui, se bornant à lui passer des papiers à travers un guichet grillagé.

OBSERVATION CXLII

Mme G... Alice, 41 ans, teinturière, salle Hanot, n° 13.

Histoire de la malade. — Rougeole à 3 ans avec broncho-pneumonie grave.

Laryngite à 16 ans, ayant duré 6 mois et accompagnée de toux.

Bronchite fébrile, sérieuse pendant l'hiver 1922, à 29 ans, suivie de toux persistante pendant un an.

Mariée en 1913, elle a *deux enfants* bien portants ; mais en 1919, elle contracte, en dehors du foyer conjugal, une *sypilis* peu soignée et fait cinq fausses couches (une tous les ans) dont la dernière de 6 mois, avec fœtus macéré, en janvier 1924.

C'est un mois après qu'apparaissent les signes d'imprégnation bacillaire avec un point de côté tenace à droite. Peu à peu, une poussée évolutive sévère se déclanche.

Etat actuel des lésions. — A droite : Rétraction thoracique et trachéale. Opacité sous la clavicule avec spélonque ; base et extrême sommet, normaux.

A gauche : Opacité du sommet avec spélonque sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 41 ans de *bacillose pulmonaire*, la malade avait 19 ans.

Mère. — Morte de paralysie à 66 ans.

Mari. — Non tuberculeux.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale ayant manifesté son existence à deux reprises différentes.

Réveil actuel sous l'influence d'avortements répétés.

OBSERVATION CXLIV

Mlle Rob... Marguerite, 18 ans, ouvrière, salle Hanot, n° 16.

Histoire de la malade. — Plutôt faible pendant son enfance, la malade n'accuse cependant aucun antécédent pathologique sérieux.

Elle a passé son existence en plein foyer de tuberculose :

En 1911, une sœur meurt à 4 ans, de *méningite tuberculeuse*.

En 1913, à 4 mois de distance, deux frères, âgés de 19 et 20 ans, meurent de *tuberculose pulmonaire*.

En novembre 1914, la mère, malade depuis longtemps, meurt de *tuberculose pulmonaire*.

En juillet 1915, le père meurt à son tour de la même affection, d'allure aiguë, après 5 mois de maladie.

En 1916, le frère aîné, âgé de 30 ans, réformé après 6 mois de front, meurt de *tuberculose pulmonaire*. Il était marié depuis 6 ans.

Enfin, en 1919, une sœur, âgée de 29 ans, succombe des suites d'une *pleurésie*. Elle avait quitté le milieu familial à 17 ans.

Il reste un frère, de 23 ans, ayant fait son service militaire en Algérie, marié et père de famille.

Et un frère de 22 ans, actuellement sous les drapeaux et bien portant.

En septembre 1923, notre malade quitte brusquement son frère, avec lequel elle habitait, pour s'installer en hôtel avec un ami. Dès cette époque, elle avoue commencer une vie très agitée.. à tous les points de vue.

En janvier 1924, survient une *congestion pulmonaire* gauche, à début brusque, avec point de côté, température à 40°, toux sèche, amaigrissement notable. Elle guérit en trois semaines, mais continue à tousser, elle ne s'est jamais remise depuis, et une tuberculose évoluant à bas bruit est bientôt découverte.

Etat actuel des lésions. — Semis de taches dans la moitié supérieure du poumon gauche, avec spéléonque de 4 cm. apparent sous la clavicule.

Rien à droite.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec succès.

Interprétation. — Tuberculose familiale. — Noter que notre malade n'est plus exposée aux surinfections depuis 5 ans.

Réveil, sous l'influence du surmenage de plaisir.

OBSERVATION CXLV

Mlle D... Alice, 28 ans, sertisseuse, salle Hanot, n° 18.

Histoire de la malade. — A part la coqueluche dans l'enfance, la malade n'a jamais eu d'incident pathologique sérieux. Mariée à 16 ans, avec un mari sain, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

En 1920, elle exerce le métier de marchande de quatre-saisons et se soumet à un gros surmenage. A la suite d'un *refroidissement*, en juin, survient une congestion pulmonaire, à la suite de laquelle on trouve des bacilles de Koch dans les crachats. Elle passe un an, en 1921, au sanatorium de la Tuylle, puis en 1922, reste 8 mois à Groslay.

Ses lésions continuant à s'aggraver, elle revient à Laënnec pour y subir le pneumothorax artificiel.

Etat actuel des lésions. — A droite : rétraction costale. Opacité totale à maximum au niveau de la moitié-supérieure avec grosse spéléonque sous la clavicule.

Rien à gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1909, de tuberculose ; un an après, une pleurésie séro-fibrineuse « qui n'avait pas guéri ». Notre malade avait à cette époque 14 ans.

Une sœur, morte à 5 ans, de *méningite tuberculeuse* certaine, 3 mois avant le décès du père.

Une sœur, âgée de 30 ans, entre en sanatorium en mai 1923, pour tuberculose du sommet droit. Mariée depuis 6 ans, elle n'avait jamais revu notre malade, puisqu'elle habite Angers.

Une sœur âgée de 31 ans, a été soignée en sanatorium en 1922, pendant 11 mois. Depuis elle habite le Midi et continue à tousser. Mariée depuis cinq ans, elle n'avait jamais revu notre malade puisqu'elle habitait Périgueux depuis son mariage.

Mère et mari examinés et indemnes de tuberculose.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale réveillée tardivement à l'occasion du surmenage et d'un refroidissement.

OBSERVATION CL

Mlle Fr... Suzanne, 19 ans, sans profession, salle Mosny, n° 3.

Histoire de la malade. — Bien portante pendant l'enfance, quoique souvent enrhumée, elle entre en pension à 10 ans, trois ans après la mort de sa mère. Quelques rhumes l'hiver la font envoyer à l'infirmerie, mais ces indispositions sont toujours de courte durée.

Pendant l'hiver 1921, à 17 ans $1/2$, une « vraie bronchite » la met au lit pendant deux mois et comme elle ne se remet pas elle consulte : on lui trouve alors une tuberculose évolutive unilatérale et elle subit le pneumothorax artificiel en janvier 1922. Après une amélioration très nette, une poussée sur-

vient du côté opposé et actuellement elle s'achemine vers la cachexie.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaires bilatérales, très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Morte de tuberculose avec laryngite, à 36 ans, après sa 6^e grossesse. Notre malade avait 8 ans.

Trois sœurs, toutes trois plus âgées que notre malade ; en bonne santé, mariées toutes trois et mères de famille.

Elles avaient respectivement 15, 13 et 11 ans, au moment de la mort de leur mère et *étaient en pension toutes les trois. On a même évité, nous dit la malade, de les faire revenir pendant les vacances qui ont précédé la mort.*

Une sœur, morte à 5 ans, deux ans après la mort de la mère, de *méningite tuberculeuse*.

Une sœur, morte à 2 ans, 15 jours avant sa mère, d'une cause que la malade ne peut préciser.

Interprétation. — Il s'agit nettement d'une tuberculose de primo-infection riche, d'origine maternelle. Il faut remarquer que les trois derniers enfants, seuls exposés au contact bacillaire, ont été seuls frappés.

OBSERVATION CLIII

Mme D... Marie-Louise, 27 ans, ménagère, salle Mosny, n° 15.

Histoire de la malade. — Née et élevée dans une ville de Bretagne, elle est venue à Paris en 1919. Auparavant, elle avait été souvent malade ; en 1913, à 17 ans, fièvre typhoïde qui dure deux mois ; en 1914, scarlatine bénigne ; en 1918, au moment de l'épidémie de grippe, un épisode rénal et intestinal qui paraît être une pyélonéphrite.

Dès son arrivée à Paris, elle contracte la syphilis qui ne se révèle, en 1921, que par une méningite spécifique sévère qui

guérit rapidement sous l'influence d'un traitement énergique et répété depuis.

Mariée en 1922, elle devient enceinte et après une grossesse bien supportée, elle accouche à terme d'un enfant sain, en janvier 1923. Elle n'allaita qu'un mois et envoie son bébé en nourrice.

C'est en décembre 1923, qu'apparaissent progressivement et lentement les premiers signes d'imprégnation bacillaire. A ce moment, elle accuse un surmenage important : elle fait 7 à 8 heures de ménage dans une famille bourgeoise en dehors de ses propres occupations ménagères. Elle subit, en outre, des privations importantes au point de vue alimentaire par raison d'économie.

Peu après, à la suite d'un refroidissement brusque, elle commence à tousser, et un épisode évolutif se dessine.

Etat actuel des lésions. — A droite : Marbrures et taches sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec spéléonque sous la clavicule.

A gauche : Quelques taches confluentes à la partie moyenne.

Histoire familiale. — Père. — 63 ans, a toujours toussé.

Mère. — 66 ans, tousse depuis quelques années.

Une sœur, morte en 1922, à 22 ans, de *tuberculose pulmonaire*. Elle était malade depuis deux ans et n'avait eu aucun contact avec notre malade.

Une sœur de 40 ans, bien portante.

Mari bien portant.

Interprétation. — Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une tuberculose d'origine familiale, mais il est intéressant de noter la succession des maladies anergisantes qui se sont montrées inefficaces : typhoïde, grippe, syphilis, grossesse. Le réveil semble s'être produit à la faveur d'un gros surmenage, de privations importantes et avoir été déclenché par un refroidissement.

OBSERVATION CLIV

Mlle Bal... Pierrette, 16 ans, cartonnrière, salle Mosny, n° 14.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Châlons-sur-Marne, elle a eu la scarlatine à 10 ans et n'a jamais toussé dans l'enfance. A 11 ans, elle vient habiter Paris auprès d'une tante soignée, il y a dix ans, pour tuberculose pulmonaire et actuellement bien portante.

En septembre 1922, *légère hémoptysie* d'ailleurs discutable ; cependant c'est à cette époque qu'elle aurait commencé à tousser.

En novembre, survient une crise violente et fébrile de *rhumatisme articulaire aiguë* qui dure six semaines et à la suite de laquelle s'est développée une double lésion mitrale. Depuis, elle maigrit, se plaint d'asthénie et d'essoufflement et continue à tousser.

Etat actuel des lésions. — A droite : Taches confluentes sur toute la hauteur du champ pulmonaire avec densification plus épaisse à la partie moyenne en forme de triangle à sommet hilair. Au dessous de la clavicule spélonque de 3 cm × 3 cm. Rétraction du cœur.

A gauche : Normal.

Signes radiologiques de lésion mitrale.

Pneumothorax artificiel pratiqué en décembre 1923, avec succès, malgré une poussée intercurrente d'endocardite rhumatismale (Voir *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, n° 20, 12 juin 1924, communication de MM. Léon Bernard, Salomon et Thomas).

Histoire familiale. — Père. — Agé de 47 ans, bien portant.

Mère. — Agée de 43 ans, bien portante.

Une sœur morte à 2 ans (♀).

Une sœur morte à 7 mois (♀).

Interprétation. — La malade a-t-elle reçu une infection efficace de sa tante qui fut bacillaire avérée mais qui semble gué-

rite ? Cette infection a-t-elle été favorisée par la coexistence d'un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite ? C'est ce qu'il est vraisemblable d'admettre.

OBSERATION CLIX

Mme D... Juliette, 18 ans, dactylographe, salle Mosny
n° 11.

Histoire de la malade. — N'accuse aucun antécédent pathologique d'aucune sorte. Venue à Paris, il y a 13 mois, elle habite avec sa sœur mariée et bien portante, et mène une vie calme, régulière, sans surmenage ni privation. Son travail est facile, sain, agréable.

En janvier 1924, brusquement, survient un *épisode gripal* qui la terrasse et la tient au lit cinq jours. Elle se remet complètement, toussant cependant quelque peu pendant un mois.

En mars, elle maigrit et se fatigue. En mai, elle commence à tousser et peu à peu la fièvre s'allume.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Densification épaisse des deux tiers inférieurs à forme triangulaire. Mie de pain au tiers supérieur.

A droite : Marbrure et mie de pain au tiers supérieur.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Agée de 42 ans, asthmatique.

Un frère. — Mort à 11 ans, il y a trois ans, de *tuberculose pulmonaire*. La malade a vécu avec lui pendant toute la maladie, qui a duré deux ans.

Une sœur. — Aînée, âgée de 22 ans, bien portante.

Deux frères et deux sœurs plus jeunes que la malade dont l'un, âgé de 16 ans, serait actuellement malade de la poitrine.

Interprétation. — Tuberculose familiale probable réveillée sans cause appréciable mais cependant peu après un épisode aigu qui paraît bien être une greffe saisonnière.

OBSERVATION CLXII

Mme B... Suzanne, 26 ans, sans profession, salle Mosny, n° 16.

Histoire de la malade. — A part la rougeole et la coqueluche dans l'enfance, aucune maladie grave n'est signalée et en particulier aucune bronchite.

Mariée à 21 ans, elle supporte sans incident une *première grossesse* avec allaitement de 23 mois ; une *deuxième* avec allaitement de 12 mois et c'est au 8^e mois d'une *troisième grossesse* qu'elle commence à tousser. Immédiatement après l'accouchement, elle commence à faire de la température et cependant allaite son enfant pendant 5 mois. Elle entre enfin à l'hôpital dans un état de cachexie avancée.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose cavitaire bilatérale à peu près généralisée aux deux champs pulmonaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort emphysémateux à 50 ans en 1917, toussait depuis dix ans.

Mère. — Agée de 70 ans, bien portante.

Un frère. — Mort de *tuberculose pulmonaire* à 26 ans, en 1921.

Une sœur — Morte à la suite d'une trépanation pour tumeur du cerveau.

Une sœur âgée de 23 ans, actuellement malade de *laryngite chronique*, tousse depuis deux ans.

Mari, bien portant.

Une enfant de 3 ans $\frac{1}{2}$ soignée pour mal de Pott.

Un enfant mort à 1 an, de diarrhée infantile.

Un enfant de 6 mois, mort ces jours derniers, à la crèche, de tuberculose.

Interprétation. — Il s'agit ici de tuberculose d'origine familiale. Deux autres collatéraux ont été atteints également de tuberculose, mais notre malade n'a eu aucun contact avec eux depuis son mariage ; on ne peut donc invoquer aucune con-

tagion nouvelle récente. Le rôle favorisant des *grossesses successives et de l'allaitement prolongé* est ici incontestable.

OBSERVATION CLXIX

Mme D... Anna, 26 ans, couturière, salle Mosny, n° 26.

Histoire de la malade. — Pas de maladie vraie dans l'enfance et dans l'adolescence.

Elle est la sixième d'une famille de neuf enfants, élevés à la campagne, dont les cinq aînés ont commencé à travailler à 13 ans et ont quitté à ce moment le milieu familial pour n'y plus revenir.

En 1912, le père devient tuberculeux avéré ; il reste à ce moment auprès de lui les quatre derniers enfants, âgés de 15 ans (notre malade) 13, 10 et 8 ans. En 1913, cette famille vient s'installer à Paris dans un taudis de deux pièces sombres, mal aérées, où le père, presque toujours malade, demeure jusqu'en janvier 1915 ; il entre alors à l'hôpital où il succombe deux mois plus tard.

En 1918, le huitième enfant meurt à 16 ans, de *tuberculose pulmonaire* aiguë, après trois mois de maladie, soignée à domicile.

A la même époque, notre malade, à la suite de la *grippe épidémique*, fait une *pleurésie droite*, ponctionnée deux fois et qui guérit après trois mois de convalescence traînant.

En 1922, le septième enfant, devient tuberculeux, est soigné à Brévannes où il est encore actuellement dans un état grave.

Huit mois après, en août 1923, notre malade s'alite à son tour pour une poussée pulmonaire fébrile qui depuis, malgré un séjour de dix mois à la campagne, ne s'est pas améliorée.

Etat actuel des lésions. — Diminution de transparence de la totalité du champ pulmonaire droit avec riche aspect en mie de pain sous la clavicule.

A gauche : Aspect normal, quelques calcifications périhiliaires. Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec bon résultat actuel.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 48 ans, en 1915, après trois ans de maladie, de tuberculose pulmonaire, pour laquelle il a d'ailleurs été réformé en 1914.

Mère. — Bien portante.

Quatre sœurs et un frère, plus âgés que notre malade, éloignés tôt du milieu familial et tous bien portants.

Sixième enfant. — Notre malade.

Septième enfant. — Fille, âgée de 25 ans, actuellement tuberculeuse, à Brévannes.

Huitième enfant. — Morte à 16 ans, de tuberculose pulmonaire, en 1918.

Neuvième enfant. — Actuellement à la campagne, pour anémie, faiblesse, fatigue générale, tousses toujours et « doit être aussi atteinte de la poitrine ».

Interprétation. — Dans cette observation schématique, on voit nettement que la maladie paternelle a été le point de départ de l'infection qui a frappé à coup sûr les quatre derniers enfants restés à son contact. Mais il faut remarquer le délai relativement long écoulé entre la mort du sujet contagieux et le développement des manifestations tuberculeuses chez les contaminés.

OBSERVATION CLXX

Mlle Q... Catherine, 24 ans, ménagère, salle Mosny, n° 28.

Histoire de la malade. — Passé lourd en incidents pathologiques :

A 4 ans : rougeole et broncho-pneumonie, soignée aux Enfants-Malades.

A 7 ans : tumeur blanche de la cheville droite ; traitée à Berck, pendant deux ans, fistules ayant persisté 6 mois, ankylose actuelle.

A 9 ans : scarlatine.

Bien portante de 9 à 18 ans, entre en apprentissage à 15 ans et ne tousse jamais à cette époque.

A 18 ans, en 1918, *grippe épidémique* compliquée de congestion pulmonaire, puis de laryngite, durée 3 mois. Elle se sent fatiguée, amaigrie, et se remet mal, malgré une convalescence de 3 mois à la campagne. Elle tousse depuis cette époque presque continuellement.

En 1920, bronchite fébrile pendant l'hiver.

En 1922, nouvelle bronchite, moins grave.

En mars 1923, bronchite sévère avec fièvre, durant 1 mois.

En mai 1923, *appendicite* aiguë, opérée d'urgence ; à la suite de l'intervention, poussée aiguë qui nécessite un séjour prolongé à la campagne.

Dès son retour à Paris, en janvier 1924, nouvelle poussée qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A droite : taches confluentes au niveau du tiers supérieur, les unes en apparence calcifiées, les autres floues. Nid d'abeilles au-dessous du hile. Arborisations épaisses à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

A gauche : quelques taches calcifiées près du hile. Opacité homogène de l'apex.

Histoire familiale. — Parents. — Bien portants.

Une sœur, aînée, bien portante.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Il semble bien s'agir d'une tuberculose de primo-infection, nettement réveillée au moment de la *grippe épidémique* et évoluant depuis par poussées successives suivant le mode fibro-caséux.

OBSERVATION CLXXIII

M. R... Arthur, 29 ans, cuisinier, salle Corvisart, n° 8.

Histoire du malade. — Breton, habitant Paris depuis 1913,

il n'a eu aucune maladie dans l'enfance ni dans l'adolescence. Mobilisé en 1914, il fait une campagne très dure dans l'infanterie, d'abord en France, puis en Orient. En novembre 1917, il est évacué pour *paludisme*, et pendant son séjour à l'hôpital, survient une bronchite aiguë, prolongée pendant trois semaines. C'est depuis cette époque qu'il tousse volontiers l'hiver, sans avoir jamais été obligé d'interrompre son travail.

En avril 1924, il se refroidit brusquement en entrant en sueur dans une cave très froide. Deux jours après il s'alite et depuis, la tuberculose évolue suivant le type aigu.

Etat actuel des lésions. — Ramollissement cavitaires très étendu de la presque totalité du champ pulmonaire droit.

A gauche : quelques taches peu foncées au niveau de l'apex.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 60 ans, tousseur chronique.

Mère. — Bien portante.

Une sœur, morte de méningite, à 3 ans.

Une sœur, morte à 15 ans, de *tuberculose pulmonaire*, en 1915.

Une sœur, actuellement malade, tousse et crache (?) âgée de 35 ans.

Un frère, bien portant, âgé de 37 ans.

Femme. — Bien portante, pas d'enfant.

Interprétation. — Il s'agit sans doute du réveil d'une primo-infection de l'enfance, à la suite d'un accès de paludisme.

La poussée évolutive actuelle paraît avoir été nettement déclanchée par un refroidissement.

OBSERVATION CLXXVI

M. B... Lucien, 38 ans, mouleur, salle Hanot, n° 24.

Histoire du malade. — Signale la rougeole et la varicelle comme maladies de l'enfance. Mais n'a jamais toussé : il a fait

son service militaire et, mobilisé en 1914, il fait les dix premiers mois de campagne sans incident. En juin 1916, il est évacué pour *pleurésie droite* avec épanchement, et versé ensuite dans l'auxiliaire. C'est depuis cette époque qu'il tousse fréquemment et qu'il est arrêté chaque hiver pour bronchite fébrile. Cependant, depuis deux ans, il s'était nettement amélioré.

En mars 1924, survient brusquement, sans cause apparente, une poussée aiguë à début grippal, qui se prolonge, entraîne sa réforme définitive à 100 % et l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A droite : densification de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec image cavaire sous la clavicule et taches foncées dans la région scissurale.

A gauche : densification du tiers supérieur du poumon avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort de vieillesse, à 71 ans, tousseur chronique.

Mère. — Morte à 30 ans, de *tuberculose pulmonaire* avec laryngite. Le malade avait 8 ans.

Un frère aîné, tué à 39 ans, à la guerre.

Un frère, âgé de 36 ans, réformé après la guerre pour bronchite chronique, avec 100 % de pension.

Un frère, âgé de 32 ans, actuellement malade de la poitrine et suivi au dispensaire Léon Bourgeois (infiltration du sommet droit avec bacilles de Koch).

Interprétation. — Tuberculose familiale, d'origine maternelle ; il s'agit du réveil de la primo-infection (qui paraît avoir eu lieu à 8 ans), silencieuse pendant de longues années, réveillée sous l'influence de la guerre.

OBSERVATION CLXXIX

M. Har... Henri, 36 ans, employé d'administration, salle Hanot, n° 1.

Histoire du malade. — Ne signale aucune maladie de l'enfance ; à 7 ans, après la mort de son père, tuberculeux, il était chétif et malingre et fut envoyé à la campagne chez ses grands-parents, où il reste jusqu'à 14 ans. Il entre alors en apprentissage et ne connaît plus aucune maladie. Il fait son service militaire, puis toute la guerre, dans l'infanterie, au front, sans blessure, ni maladie.

En novembre 1918, huit jours après l'armistice, à la suite d'un bain froid, involontaire, il est évacué pour *pleurite sèche de la base droite*. Mais il guérit complètement et jusqu'en janvier dernier, il ne signale aucune indisposition. A ce moment il est atteint, en même temps que sa femme, d'une grippe saisonnière qui dure 4 jours, sans complication pulmonaire ; mais il commence bientôt à maigrir et à tousser ; un mois après la fièvre s'allume et une poussée évolutive se déclanche, très fébrile et avec une grosse dyspnée.

Elat actuel des lésions. — A droite : rétraction costale et trachéale, marbrures fines sous la clavicule.

A gauche : taches et marbrures assez confluentes autour du hile.

Histoire familiale. — Mère. — Morte à 43 ans, de tuberculose pulmonaire, le malade avait 7 ans.

Père. — Bien portant.

Deux sœurs, mortes à 3 ans, et à 6 ans, de méningite tuberculeuse, l'une la même année que le père, l'autre, l'année suivante.

Femme, bien portante.

Deux enfants, indemnes de tuberculose.

Interprétation. — Primo-infection familiale riche à 7 ans, aucune manifestation, en dehors d'une légère poussée pleurale, réveil actuel sans cause appréciable, suivant le mode aigu.

OBSERVATION CLXXXI

M. Car., Arthur, 44 ans, imprimeur, salle Corvisart, n° 18.

Histoire du malade. — Très robuste dans l'enfance et dans l'adolescence. Il n'a jamais été malade, sauf un *chancre syphilitique* du voile du palais, à 29 ans, assez bien soigné. Il a fait son service actif et deux ans de guerre. En 1916, il est blessé à la jambe : *fracture ouverte du fémur*, et après trois ans de séjour dans divers hôpitaux, il est amputé de la cuisse. Il entre dans une école de rééducation en 1920, et commence à travailler comme imprimeur, sans jamais tousser. Ce n'est qu'au cours de l'hiver dernier, qu'apparaissent, sans causes, très progressivement, tous les signes habituels d'imprégnation tuberculeuse.

Etat actuel des lésions. — Obscurité limitée du sommet gauche avec aspect en mie de pain sous la claviculee.

Rien à droite.

Aortite syphilitique, actuellement en évolution.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, actuellement âgé de 76 ans.

Mère. — Bien portante, actuellement âgée de 78 **ans**.

Deux sœurs aînées (45 et 42 ans), bien portantes.

6 frères et sœurs, morts entre 1 et 13 ans (2 de méningites, 1 de tuberculose pulmonaire).

Une tante, morte à 29 ans, de tuberculose pulmonaire, a habité le milieu familial jusqu'à sa mort, survenue après deux ans de maladie. Notre malade avait 15 ans, et tous ses frères et sœurs, plus jeunes, sont morts à cette époque.

Interprétation. — Primo-infection certaine à 15 ans, probablement peu riche à cet âge. Blessure grave avec amputation sans aucune action. Réveil actuel sans cause nette : cependant coexistence d'une aortite syphilitique.

OBSERVATION CLXXXII

M. S... Eugène, 26 ans, gérant, salle Corvisart, n° 8.

Histoire du malade. — Breton, habitant Paris depuis 13 ans, il n'a jamais connu la maladie. Il a fait 3 ans de guerre au front, dans le génie, sans incident et depuis, il a toujours travaillé, menant une vie confortable, saine et régulière. En mars 1924, survient une *fistule anale*, opérée en mai, sous chloroforme. Immédiatement après l'intervention, il fait une grosse bronchite qui marque le début d'une évolution rapide et sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale, cavitaires, très étendue; cachexie avancée.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 51 ans, asthmatique, réformé en 1916, pour bronchite suspecte, habite avec son fils depuis la guerre.

Mère --- Morte en 1903, à 28 ans, de *tuberculose pulmonaire*.

Pas de collatéraux.

Femme. — Bien portante.

Un enfant de 4 ans, bien portant.

Un enfant mort, il y a 15 jours, à 5 mois, de tuberculose.

Interprétation. — Primo-infection certaine et probablement riche à 5 ans. Aucune manifestation intercurrente. Réveil actuel sans cause : peut-être y a-t-il eu contagion nouvelle par le père qui peut être suspecté de tuberculose ?

En tous cas, rôle favorisant très net d'une anesthésie au chloroforme.

OBSERVATION HCC

Mme Ri..., 28 ans, jardinière, salle Bouillaud, n° 1.

Histoire de la malade. — Bronchite à 5 ans, scarlatine à 9 ans.

Pendant l'adolescence, la malade est pâle, anémique, toujours souffrante, mais elle ne tousse jamais.

Après avoir habité Chartres, jusqu'en février dernier où elle était domestique chez un maraîcher, en mars, à la suite d'un *refroidissement* elle commence à tousser légèrement et les signes habituels d'imprégnation bacillaire s'installent petit à petit et en juin, elle entre à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon droit avec cavités multiples.

Infiltration dense de l'apex gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 32 ans en 1897 la malade avait 6 mois.

Mère. — Morte de hernie étranglée à 52 ans.

Un frère, mort de méningite à 3 ans, en 1899.

Une sœur, morte de méningite à 6 ans, en 1902.

Une sœur, morte à 24 ans, en 1922, de *tuberculose pulmonaire*, après 2 ans de maladie, aucun contact avec notre malade.

Un frère, âgé de 37 ans, bien portant.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale, avec primo-infection probable à 6 mois, avec manifestations intercurrentes légères. Refroidissement et changement de vie invoquée comme cause du réveil actuel.

OBSERVATION CC

Mlle A... Alice, 18 ans, employée de bureau, salle Potain, n° 3.

Histoire de la malade. — Née à Paris, elle ne signale qu'un incident pathologique : une albuminurie à 14 ans, disparue rapidement.

A 16 ans, elle est examinée préventivement après la mort d'une de ses sœurs, et l'examen radiologique est négatif. Cependant on l'envoie quand même à la campagne, pendant six

mois. C'est pendant ce séjour qu'elle commence à tousser pour la première fois, sans y attacher d'importance. En novembre 1923, elle entre dans un bureau comme femme de charge : chargée du nettoyage et des courses, elle se sent vite fatiguée et peu à peu commence à maigrir.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse de la totalité du champ pulmonaire droit.

A gauche : Marbrures confluentes entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — En apparence bien portante, tousse depuis l'âge de 20 ans, ne présente à l'examen que des signes de bronchite chronique avec emphysème, sans foyer. L'expectoration n'a pu être examinée.

La malade est la cinquième d'une famille de neuf enfants, lourdement entachée de tuberculose.

1. L'aîné est mort à 21 ans, il y a cinq ans, de *tuberculose pulmonaire*, à Brévannes.

2. Sœur. — Agée de 24 ans, actuellement en sanatorium pour *tuberculose ouverte*.

3. Frère. — Mort *tuberculeux* à 19 ans, en 1922, à Laënnec.

4. Frère. — Mort *tuberculeux* à 18 ans, deux mois après la précédente.

5. Notre malade.

6. Frère de 17 ans, actuellement bien portant, et n'a pu être examiné.

7. Sœur morte à 2 ans, en 1911, de *péritonite tuberculeuse* avec carreau.

8. Frère mort à 10 ans, de *méningite tuberculeuse*, aux *Enfants-Malades*, il y a deux ans.

9. Sœur de 13 ans, bien portante, mais portant des cicatrices d'*abcès froids ganglionnaires*.

Interprétation. — Type de tuberculose familiale avec infections continuelles.

OBSERVATION CCII

Mme J... Germaine, 37 ans, couturière, salle Potain, n° 10.

Histoire de la malade. — Tousse facilement depuis sa première enfance, mais n'a présenté aucun épisode sérieux jusqu'à 21 ans.

Mariée en 1907, à 20 ans, elle fit, à la suite d'une *grossesse* en 1908, une grosse poussée de *bronchite avec fièvre*, suivie d'une longue convalescence. Depuis, elle continue à tousser l'hiver, mais sans aucune poussée aiguë.

En 1915, son *mari* est renvoyé des armées pour une convalescence d'un mois à la suite d'une congestion pulmonaire, mais, à la suite d'une rechute, il est versé dans l'auxiliaire, puis réformé 100 % en 1917, pour une *tuberculose pulmonaire* à laquelle il succombe en 1920.

En 1921, la malade qui est entrée dans un atelier de couture surpeuplé, mal aéré, s'alite pour *pleurésie séro-fibrineuse ponctionnée* à deux reprises. Elle passe trois mois à la campagne, mais ne s'améliore pas. En mai 1923, et en janvier 1924, poussées évolutives fébriles. Rechute actuelle.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon gauche avec riche aspect en mie de pain.

Infiltration du sommet droit avec spélonque sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 37 ans, de *tuberculose pulmonaire*, la malade avait 11 ans.

Mère. — Bien portante.

Une sœur de 39 ans, bien portante.

Une sœur, âgée de 36 ans, et une sœur, âgée de 33 ans, toutes deux sans enfants, et soignées à Pau dans un sanatorium pour *tuberculose pulmonaire*.

Mari. — Mort à 37 ans, de *tuberculose pulmonaire* (en 1920).

Aucun antécédent dans sa famille.

Interprétation. — L'origine familiale de cette tuberculose

nous semble incontestable et il nous paraît légitime d'admettre que notre malade a contaminé son mari. Mais celui-ci, à son tour, pendant sa longue maladie, a dû être une source de nouvelles infections successives qui paraissent sans action nette.

Il est curieux de constater l'évolution tardive à peu près simultanée chez les trois sœurs puînées.

OBSERVATION CCVII

Mme F... Marie, 24 ans, couturière, salle Potain, n° 17.

Histoire d'une malade. — A passé toute son enfance dans une petite ville de province, et bien que n'ayant fait aucune maladie sérieuse, elle a été chétive, anémique et souffreteuse pendant toute son adolescence. Elle manquait souvent la classe parce qu'elle était *toujours enrhumée*.

Depuis l'âge de 16 ans, sa santé s'est affermie et elle a pu travailler régulièrement comme apprentie couturière.

A 21 ans, elle vient à Paris, pour « se perfectionner » dans un grand atelier où elle travaille sérieusement pendant un an et demi dans l'intention de retourner s'installer dans sa ville natale.

Mais en janvier elle est « détournée du droit chemin » et se met en ménage avec un homme bien portant. Elle commence une vie de plaisir très fatigante, bientôt se fait renvoyer de l'atelier. Elle entre ensuite dans une usine où le travail « trop dur pour elle », la fatigue considérablement. Elle fait une grosse bronchite en novembre 1923 et en janvier, débute progressivement une évolution tuberculeuse sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Infiltration cavitaires de la totalité du poumon gauche.

A droite. — Foyer d'ombre périscissural avec riche aspect en mie de pain.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 69 ans, bien portant.

Mère. — Morte à 39 ans, d'une tumeur abdominale.

Une sœur aînée bien portante.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection, d'origine inconnue, mais qui paraît s'être manifestée dans l'enfance, sous l'influence du *surmenage de plaisir et de travail*.

OBSERVATION CCVIII

M. Gr... Yves, 24 ans, marinier, salle Corvisart, n° 23.

Histoire du malade. — Toujours bien portant dans l'enfance. Engagé à 18 ans, il navigue pendant deux ans dans la flotte de commerce puis est appelé, en 1915, comme fusilier-marin, puis comme canonnier. Il fait campagne jusqu'en 1918, sans aucun incident. C'est le 15 janvier 1918, au cours d'une escale en Corse, qu'il est pris brusquement d'un premier accès de *paludisme*, avec *lésions pulmonaires du sommet gauche*. C'est depuis cette époque qu'il tousse fréquemment, surtout l'hiver.

En 1921, il contracte un *chancre syphilitique* qui, bien traité, paraît n'avoir laissé aucun stigmate (le Wassermann est négatif dans le sang).

En 1923, il est trouvé mieux portant et il se marie. Depuis, les attaques pulmonaires sont plus fréquentes et à six reprises différentes, depuis un an, il a dû entrer à l'hôpital pour des poussées évolutives fébriles. Depuis deux mois, son paludisme qui ne se manifestait qu'à des intervalles assez rares, mais coïncidant toujours avec les poussées pulmonaires, présente un retour offensif avec accès quotidien typique et présence d'hématozoaires dans le sang.

Au point de vue pulmonaire :

Infiltration de la presque totalité de l'hémithorax gauche, avec multiples cavités à la partie moyenne.

A droite : Opacité de la partie moyenne, d'aspect triangu-

laire à sommet axillaire, mais ne présentant pas les caractères interlobaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1915, de *tuberculose pulmonaire*, le malade l'avait quitté depuis trois ans.

Mère. — Bien portante.

Une sœur, morte en 1914, à 12 ans, de *tuberculose pulmonaire*.

Un frère, de 30 ans, bien portant.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection sans doute d'origine familiale sous l'influence du *paludisme*.

OBSERVATION CCXVIII

Mme B... Marthe, 25 ans, lingère, salle Potain, n° 21.

Histoire de la malade. — Signale dans l'enfance, la rougeole et la coqueluche.

A 7 ans, elle est atteinte d'*adénopathies cervicales tuberculeuses*, bilatérales, fistulisées et n'ayant guéri qu'après un an et demi de traitement. Il reste des cicatrices très caractéristiques.

Depuis cette époque, elle n'a jamais été malade et n'a jamais toussé. En 1923, il y a dix-huit mois, elle se marie avec un homme bien portant, et « ce changement de vie ne lui convient pas ». Peu après, elle commence à maigrir et à tousser ; l'hiver dernier, elle fait une grosse poussée fébrile avec expectoration purulente bacillaire qui dure deux mois. Actuellement, son état général est très gravement atteint.

Etat actuel des lésions. — Infiltration bilatérale cavitaire très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort de *laryngite tuberculeuse*, il y a trois ans; à 52 ans, malade depuis trente ans, de bronchite chronique, a habité avec la malade jusqu'à la fin.

Mère. — Morte alcoolique, en 1905.

Une sœur. — Actuellement soignée dans un dispensaire pour induration des sommets.

Mari. — Bien portant.

Pas d'enfant.

Interprétation. — A noter l'existence d'adénopathie bacillaire fistulisée dans l'enfance. Tuberculose d'origine familiale probable, soumise à des infections répétées, mais ne s'étant jamais manifestées. Réveil sous l'influence d'un changement de vie (mariage).

OBSERATION CCXIX

M. H... Auguste, 33 ans, plombier, salle Louis, n° 20.

Histoire du malade. — Ne se souvient d'aucune maladie grave dans l'enfance en dehors de la rougeole à 9 ans.

Il commence à travailler à 14 ans, sans aucune défaillance, et en 1912 il est pris bon pour le service armé. Il fait campagne dans l'infanterie jusqu'en mars 1915. Auparavant, le 9 janvier 1915, au cours d'une période d'attaque, il est fortement mouillé et ne peut se réchauffer. Cependant, malgré une grosse bronchite qui s'installe à partir de ce moment, il n'est pas évacué. En mars 1918, il est gravement blessé à l'avant-bras et reste alors six mois en traitement dans un hôpital chirurgical et c'est au cours de ce séjour qu'on lui découvre une lésion au sommet gauche.

Réformé pour sa blessure, il reprend son travail, malgré une toux continuelle et de fréquentes poussées de fièvre auxquelles il n'attache pas d'importance. Son état va cependant en s'aggravant mais c'est seulement il y a un mois qu'est survenue une poussée sérieuse qui l'amène à consulter.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Taches et marbrures sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec vaste spélouque sous la clavicule.

Rétraction cardio-aortique.

A droite : quelques taches floues sous la partie externe de la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Tousse d'une façon chronique depuis vingt ans. Elle aurait eu, à cette époque, une congestion pulmonaire ayant duré plus de trois mois.

Un frère. — Agé de 37 ans, et deux sœurs âgées de 38 et 31 ans, bien portants.

Trois frères. — Morts en bas âge, *ce sont les trois derniers* ; tous trois sont morts dans les deux années qui ont suivi la congestion pulmonaire de la mère.

Femme. — Bien portante, mariée depuis 1915.

Un garçon âgé de 8 ans et une fille âgée de 7 ans, bien portants.

Trois enfants, morts en bas âge ; *ce sont les trois derniers*. Deux sont morts de convulsions, l'autre de congestion pulmonaire.

Tous trois avaient moins d'un an.

Interprétation. — Primo-infection certainement importante à l'âge de 11 ans, car il faut considérer la mère comme ayant fait une manifestation bacillaire à cette époque ayant contaminé mortellement les trois derniers enfants.

Réveil pendant la guerre à la suite d'un refroidissement et à la faveur du surmenage et des privations. Evolution chronique mais progressive depuis cette époque avec, ici encore, contamination mortelle des trois derniers enfants.

OBSERVATION CCXXIV

M. A... Emile, 51 ans, maçon, salle Hanot, n° 5.

Histoire du malade. — Très robuste et bien portant pendant l'enfance et l'adolescence, le malade a fait son service militaire sans défaillance. Mais il semble avoir contracté à cette époque un *chancre syphilitique* qui jusqu'à présent n'a donné lieu à aucune manifestation en dehors de quelques ulcérations des jambes et un Wassermann positif dans le sang.

Il est à Paris depuis 1881 où il a été élevé chez une de ses tantes chez laquelle il a continué à habiter après son mariage.

Il a fait la guerre en 1914, dans la territoriale, mais fut renvoyé en janvier 1915 comme père de famille nombreuse. A aucun moment de son existence il n'a connu la maladie. En 1921, dans un accident, il se fracture deux côtes et trois semaines après se serait déclarée une pleurésie droite qui n'a d'ailleurs été ni ponctionnée ni explorée et qui guérit en trois semaines. Jusqu'en juin dernier, il continue à se bien porter. A cette époque, sans cause favorisante, survient une laryngite, puis un amaigrissement rapide et enfin tout le cortège symptomatique d'une tuberculose évolutive.

Etat actuel des lésions. — A droite. Rétraction costale, trachéale et diaphragmatique, diminution de transparence de la presque totalité de l'hémithorax à maximum sous-claviculaire sans image cavitaire.

A gauche : foyer d'ombre sous-claviculaire. Aorte sombre et un peu élargie.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Morte de *tuberculose pulmonaire* à 32 ans, le malade était âgé de 7 mois.

Un frère. — Mort à 2 ans (?) la même année que la mère.

Femme bien portante.

5 enfants en bonne santé.

Un seul, mort à 3 ans, de bronchopneumonie morbillieuse, il y a 17 ans.

Interprétation. — Il est probable que ce malade a reçu de sa mère une primo-infection riche, mais qui n'a jamais manifesté son existence. Peut-on invoquer le traumatisme thoracique subi en 1921 et suivi d'une pleurésie malheureusement mystérieuse, comme la cause du réveil actuel. Le malade cependant déclare n'avoir jamais toussé dans l'intervalle.

OBSERVATION CCXXVII.

M. L... Louis, 30 ans, serrurier, salle Hanot, n° 4.

Histoire du malade. — Très fragile, et souvent malade dans la première enfance, il n'a cependant jamais toussé. Vers l'âge de 13 ans, sa santé se raffermît et il peut entrer en apprentissage. Envoyé au front en 1915, il est évacué deux fois pour blessures légères, deux fois, il dit avoir été intoxiqué par les gaz de combat mais sans avoir été évacué, et somme toute, il a accompli 35 mois de présence au front, dans l'infanterie, sans jamais tousser.

En 1919, il contracte la *grippe épidémique*, guérit en 8 jours, sans complications pulmonaires.

En 1920, il se marie, et dès lors, connaît un gros surmenage, travaillant aux pièces dans une usine, et le soir faisant des heures supplémentaires dans un atelier de serrurerie. En janvier 1923 survient un épisode aigu du type grippal, guéri en 5 jours, mais qui marque nettement le début de ses phénomènes pulmonaires. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à tousser, à maigrir et à se sentir fatigué au point d'être obligé de cesser son travail supplémentaire.

En mars, survient une hémoptysie révélatrice qui décide son départ à la campagne, mais la maladie n'en a pas moins continué régulièrement sa marche évolutive.

Etat actuel des lésions. — A droite. — Opacité dense des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire avec vaste spleenique derrière la clavicule.

Taches et marbrures très confluentes autour du hile gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 56 ans, il y a 22 ans, de *tuberculose pulmonaire*, après 6 ans de maladie.

Mère. — Bien portante, âgée de 63 ans.

Le malade est le neuvième d'une famille de 11 enfants, dont il reste seulement 5 survivants : les deux aînés, le 4^e le 8^e et le 9^e. Tous les autres sont morts, entre 1 à 7 ans et tous entre 1900 et 1910.

Interprétation. — Primo-infection d'origine paternelle certaine réveillée à 26 ans, à la suite d'un gros surmenage de travail après un épisode qui ressemble à la grippe saisonnière.

OBSERVATION CCXXVIII

M. C... Louis, 22 ans, tôlier, salle Hanot, n° 9.

Histoire du malade. — N'a jamais été malade dans l'enfance ni dans l'adolescence.

En 1915, après un an de campagne dans l'infanterie, il est blessé gravement, à la base du nez et il s'ensuit une *obstruction nasale presque complète* et persistant encore actuellement. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à s'enrhumer facilement et à faire « bronchite sur bronchite ». Cependant, à aucun moment, depuis sa réforme jusqu'à l'an dernier, il ne fut obligé ni de s'aliter, ni de cesser son travail pourtant très dur.

En janvier 1924, le malade fit subitement une hémoptysie suivie d'une poussée pulmonaire alarmante et prolongée pendant trois mois. Après une amélioration notable, il fit une rechute en août 1924, qui le ramène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaires bilatérales très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 36 ans de *tuberculose pulmonaire*, en 1904.

Mère. — Morte à 39 ans, de *tuberculose pulmonaire*, en 1908.

Un frère, âgé de 34 ans et une sœur âgée de 35 ans, bien portants.

Femme et trois enfants, bien portants.

Un enfant mort de méningite tuberculeuse à 6 ans, en décembre 1923, aux Enfants-Malades.

Interprétation. — Il est probable que le malade a reçu une

primo-infection importante dans son enfance. On peut peut-être invoquer comme cause favorisante au réveil actuel, l'obstruction nasale accidentelle ayant prédisposé le malade aux infections pulmonaires fréquentes ; en tous cas, aucune autre cause ne peut être invoquée ici.

OBSERVATION CCXXXVII

Mme B... Marguerite, 20 ans, corsetière, salle Mosny, n° 25.

Histoire de la malade. — En dehors de la rougeole et de la varicelle dans l'enfance, la malade a toujours été robuste et en particulier n'a jamais toussé.

Elle se marie, en novembre dernier, et peu après se sent fatiguée, commence à maigrir et à se plaindre de points de côté. Malgré cela, elle continue à mener une vie un peu désordonnée, sortant presque tous les soirs avec son mari pour aller au bal ou au cinéma. Le 10 juillet 1924, elle prend froid au moment de ses règles et le lendemain survient une hémoptysie d'alarme qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du sommet gauche avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Rien à droite. ~

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1917 de tuberculose pulmonaire pour laquelle il avait été réformé en 1915. Pendant les deux ans qu'a duré sa maladie, il a été soigné presque toujours à l'hôpital et n'a fait chez lui que de rares et courtes apparitions.

Mère. — Bien portante.

Pas de collatéraux.

Mari. — Absolument indemne de bacillose (visité au dispensaire).

Interprétation. — Primo-infection probable entre 11 et 13 ans, d'origine paternelle. Réveil actuel, cinq ans après la fin du contact, sous l'influence des surmenages de toutes sortes.

OBSERVATION CCXLVI

Mlle H... Marthe, 18 ans, sans profession, salle Mosny, n° 2.
Histoire de la malade. — A part une broncho-pneumonie à 6 ans, elle n'a jamais toussé et se trouvait plus tôt forte jusqu'à cette année.

Brusquement, en février 1924, sans aucune cause favorisante, apparaît une hémoptysie qui se renouvelle deux mois plus tard, au cours d'un séjour à la campagne. Enfin, après une période d'imprégnation bacillaire progressive, apparaît, en juillet 1924, une nouvelle hémoptysie, cette fois liée à une poussée évolutive.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de tout le lobe supérieur droit avec spéhéomorphie.

A gauche : taches calcifiées au hile. Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 58 ans, tousseur chronique. Actuellement suivi dans un dispensaire.

Mère. — Bien portante.

Un frère. — Agé de 19 ans, atteint de bronchite avec fièvre, actuellement à l'hôpital Beaujon.

Interprétation. — Il est probable qu'il s'agit d'une tuberculose d'origine paternelle, réveillée à 18 ans, sans aucune cause favorisante.

OBSERVATION CCLI

Mlle C... Yvonne, 17 ans, ouvrière.

Histoire de la malade. — Née et élevée à la campagne, elle n'a présenté aucune maladie sérieuse en dehors de la rougeole à 4 ans. Elle mène cependant une vie misérable auprès de ses parents très pauvres et de sa mère malade.

A 7 ans, après la mort de sa mère, elle est recueillie dans une famille de paysans sains qu'elle n'a jamais quittés.

L'an dernier, sans aucune cause appréciable, elle commence à tousser pendant l'hiver et en mars, elle crache du sang.

C'est le début d'une tuberculose rapidement évolutive à laquelle elle succombe en juin 1924.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 56 ans, bien portant.

Mère. — Morte à 30 ans, de *tuberculose pulmonaire* ayant duré 3 ans.

Un frère âgé de 23 ans, bien portant.

Une sœur âgée de 19 ans, entrée en service à Amiens à 18 ans en excellente santé et actuellement traitée dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire.

Interprétation. — Notre malade a toujours habité la campagne, et vécu depuis la mort de sa mère dans un milieu absolument indemne de tuberculose. Il faut donc admettre qu'il s'agit du réveil de sa primo-infection d'origine maternelle, comme c'est probablement le cas, également, pour sa sœur.

OBSERVATION CCLIV

M. B... Albert, 34 ans, chauffeur, salle Corvisart, n° 26.

Histoire du malade. — Toujours malade pendant l'enfance, et surtout pendant l'adolescence il a fait des *bronchites à ré-pétition* et a été considéré comme faible de la poitrine.

Mais à partir de 16 ans, alors qu'il était entré en apprentissage, la santé se raffermît et il accomplit son service militaire sans défaillance.

Il fait ensuite la *guerre* dans l'artillerie sans autre incident qu'une intoxication par les gaz lacrymogènes, en 1917, pour laquelle il est évacué pendant 15 jours, mais ne présente aucun autre accident qu'une conjonctivite intense.

Après la guerre, il reprend son métier sans aucun incident, mais il commence à prendre des habitudes d'intempérance très accentuées.

L'hiver dernier, à la suite d'un *refroidissement*, il fit une

bronchite sérieuse qui le fit entrer pour six semaines à l'hôpital, mais on ne trouva pas de bacilles de Koch dans ses crachats.

Il y a 3 semaines, il a remarqué qu'il maigrissait et était gêné pour respirer. Très rapidement, ces troubles progressent et il entre à l'hôpital avec des signes nets de granulie généralisée à prédominance pulmonaire : dyspnée très marquée (45 à la minute), amaigrissement accentué (8 kilos en 18 jours), tachycardie intense. Signes de bronchite diffuse avec râles bulleux fins au sommet droit.

Ventre ballonné et douloureux. Raideur de la nuque, troubles intellectuels, paralysie du moteur oculaire commun à droite.

Gros genou douloureux à gauche ayant apparu récemment.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

À l'autopsie, grosse infiltration tuberculeuse du poumon droit. Dissémination granulique au niveau des deux poumons, sur le péritoine et au niveau des méninges.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1892 de *tuberculose pulmonaire* ; le malade avait 7 ans.

Mère. — Morte en 1900 de *tuberculose pulmonaire* ; le malade avait 15 ans.

Une sœur, morte en 1903, à 13 ans, de *tuberculose pulmonaire*.

Un frère, mort à la guerre, à 31 ans.

Femme. — Indemne de tuberculose.

Deux enfants, âgés de 14 et 3 ans, tous deux visités et reconnus indemnes de tuberculose pulmonaire.

Interprétation. — Le malade a eu certainement une primo-infection riche et s'étant manifestée dans l'enfance. Puis se produit une période silencieuse prolongée. Réveil actuel suivant le type de granulie généralisée, nettement en rapport avec une *insuffisance hépatique d'origine éthylique* : gros foie douloureux, subictère des conjonctives, urobilinurie marquée, etc...

OBSERVATION CCLVIII

M. Pr... Louis, 49 ans, comptable, salle Corvisart, n° 12.

Histoire du malade. — Il signale dans ses antécédents, la rougeole et la diphtérie dans l'enfance et une fièvre typhoïde à 15 ans. Mais il n'a jamais toussé et accomplit 3 ans de *service actif aux colonies*, sans autre incident qu'une attaque légère de paludisme qui ne s'est jamais manifestée depuis.

Mais, au retour du service, après son mariage, il commence à maigrir et à se plaindre de fréquentes bronchites l'hiver. Si bien, qu'en 1914, il est *réformé* et maintenu en réforme à plusieurs examens successifs, pour faiblesse de constitution. Cependant aucun incident sérieux à noter. En 1922, surviennent des manifestations pathologiques d'origine œsophagiennes, d'abord qualifiées spasmes ; puis *rétrécissement de l'œsophage*. En effet, progressivement, il accuse une dysphagie de plus en plus marquée, qui l'oblige à une restriction alimentaire importante et entraîne un amaigrissement de 17 kilos, depuis 2 ans. En même temps ses troubles pulmonaires qui s'étaient atténués, reparaissent et s'accroissent. Enfin, il y a 3 mois, au cours d'un examen radiologique, on lui révèle des lésions tuberculeuses importantes.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon droit avec riche aspect en mie de pain, quelques taches floues au tiers inférieur.

A gauche : empâtement péri-hilaire très accentué.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident en 1910.

Mère. — Morte à 42 ans, de *tuberculose pulmonaire* ; le malade avait 13 ans.

Un frère. — Mort à 20 ans de *tuberculose pulmonaire* (plus jeune que notre malade).

Femme bien portante.

Un enfant de 16 ans en traitement à Berck, pour abcès froids fistulisés.

Un enfant de 12 ans, soigné pour adénopathie trachéo-bronchique à Trousseau.

Interprétation. — Primo-infection probablement riche à 13 ans. Manifestations atténuées à partir de 25 ans. Réveil actif sous l'influence d'une maladie débilitante grave (rétrécissement de l'œsophage).

OBSERVATION CCLXI

M. B., Jean-Baptiste, 37 ans, boucher, salle Corvisart, n° 26.

Histoire du malade. — Ne présente aucun antécédent pathologique dans l'enfance ni dans l'adolescence. Il a fait son service militaire actif et en 1914, il part au front dans l'infanterie. En 1916, il est évacué deux mois pour bronchite aiguë. Revenu au front, il est de nouveau évacué pour la même cause au début de 1917 et versé dans l'auxiliaire. Il finit la guerre comme automobiliste et continue à tousser continuellement. En 1919, survient une hémoptysie qui entraîne sa réforme 100 % et depuis sa maladie évolue suivant le type fibrocaséux.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon gauche avec spéléonque sous la clavicule.

Obscurité du sommet droit (foyer d'ombre sous la clavicule).

Histoire familiale. — Père. — Mort à 47 ans de « congestion pulmonaire » ayant duré un an, et entrecoupée de plusieurs hémoptysies (notre malade avait 12 ans).

Mère. — Agée de 80 ans, bien portante.

7 frères et sœurs, tous plus âgés que le malade et tous en bonne santé.

Femme et deux enfants, bien portants.

Interprétation. — Tuberculose d'origine familiale réveillée pendant la guerre.

OBSERVATION CCLXVII

Mme Bau..., 53 ans, ménagère, salle Bouillaud, n° 17.

Histoire de la malade. — Très souvent malade pendant sa jeunesse, elle se rappelle avoir eu deux bronchites vers 17 ou 18 ans et souvent des périodes de fièvre appelées « embarras gastriques ».

Mariée à 21 ans, elle fait une fausse-couche trois mois après ; puis accouche à terme d'une fille qui meurt au bout de trois jours. L'année suivante, nouvelle fausse-couche, suivie un an après d'une grossesse normale donnant naissance à un garçon actuellement âgé de 39 ans. Immédiatement après cette grossesse, elle fit une *pleurésie séro-fibrineuse droite*, ponctionnée.

Depuis, elle ne toussait plus. Il y a deux ans, elle a commencé à se plaindre d'oppression et de douleurs rétro-sternales. Peu à peu, sont apparues des crises de dyspnées asthmatiformes et c'est pour une de ces crises qu'elle entre à l'hôpital.

Elle est atteinte d'*aortite syphilitique* avec double souffle T. A. 22/10 (Vaquez) Wassermann fortement positif. Urée sanguine : 0,65 0/00 et présente actuellement des signes d'insuffisance cardiaque.

L'examen clinique et radiologique montre une infiltration massive du 1/3 supérieur du poumon droit avec large image cavitare, avec bacilles de Koch dans l'expectoration. Cuti-réaction : + + +.

L'aorte large et sombre n'est pas ectasiée.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 52 ans, de la grippe.

Mère. — Morte à 32 ans de consommation (?) toussait et crachait, avait eu 5 grossesses en 7 ans. (Notre malade avait 6 ans).

Deux frères et deux sœurs vivants et bien portants.

Interprétation. — Primo-infection riche dans l'enfance ; manifestations pulmonaires atténuées dans l'adolescence ; évolution tardive coïncidant avec une insuffisance cardiaque d'origine aortique.

DEUXIEME CATEGORIE.

**A) Malades n'ayant présenté aucune histoire
antérieure
de tuberculose ni personnelle, ni familiale**

**a) Malades ayant été exposés à une contagion
nouvelle à l'âge adulte**

OBSERVATION II

Mme Deni..., 27 ans, sans profession, salle Quesnay, n° 17.
Histoire de la maladie.— Née à Paris elle y a toujours
vécu.

Dans la deuxième enfance, on note plusieurs maladies successives : croup, scarlatine, coqueluche, fièvre muqueuse. Puis bon état général, pas de bronchites.

En 1917, elle se marie avec un veuf de 50 ans, parfaitement sain, ne toussant jamais, mais la première femme était morte, 5 ans auparavant, de tuberculose pulmonaire.

La fille de son mari, alors âgée de 17 ans, déjà malade, habite trois mois avec le nouveau ménage ; puis, reconnue tuberculeuse, elle part à la campagne. Elle meurt l'année suivante, fin 1918, revenue depuis le mois d'août habiter avec son père et sa belle-mère.

Or, en juin 1918, Mme Deni... avait accouché à terme, après une *grossesse normale*, et cet enfant, élevé au sein, mourait à 7 mois, à la suite d'une broncho-pneumonie (?) prolongée, non consécutive à une maladie infectieuse, et terminée par un épisode méningé (vomissements, raideur de la nuque, convulsions).

Jusqu'en 1921, santé parfaite, pas de bronchite, mais amaî-

grissement appréciable et anorexie progressive, dès le début d'une *nouvelle grossesse* qui se termine en décembre 1921 par un accouchement normal. Son état général continue à s'aggraver : toux, points de côté, sueurs faciles et au bout de 3 mois, elle doit cesser l'allaitement. Très lentement et progressivement sa tuberculose se développe.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséeuse de la moitié supérieure du poumon gauche, avec rétraction costale.

Poumon droit normal.

Pneumothorax impossible à réaliser.

Histoire familiale. — Père. — Vivant, bien portant.

Mère. — Morte à 30 ans, à la suite d'une intervention chirurgicale.

1 sœur. — Plus âgée, bien portante.

2 frères. — Plus jeunes, en bonne santé.

Interprétation. — Nouvelle infection certaine, par cohabitation avec sa belle-fille tuberculeuse, qui paraît d'ailleurs responsable de la mort du premier enfant. Mais cette surinfection, si elle a été efficace, a eu un effet retardé : 3 ans après la fin du contact.

Rôle favorisant des grossesses avec allaitement.

OBSERVATION VI

Mme L..., 24 ans, journalière, salle Piorry, n° 22.

Histoire de la malade. — A part une rougeole et une coqueluche non compliquées, survenues dans la première enfance, la malade, qui a toujours habité Paris, a eu une enfance et une adolescence exemptes du moindre incident pathologique.

Lorsqu'elle se marie en juin 1920, elle est, dit-elle, une ouvrière solide, active, n'ayant jamais toussé.

Six mois après ce mariage, en décembre 1920, survient brusquement la première hémoptysie, d'ailleurs bénigne, suivie d'une autre, plus grave, en février 1921, qui déter-

mine son envoi à Brévanne. A son retour, en septembre 1921, elle devient *enceinte, accouche normalement*, en juin, d'un enfant à terme qu'elle allaite pendant 4 mois et demi. A ce moment, son état général s'affaïsse, elle maigrit, tousse, crache, perd l'appétit et une nouvelle hémoptysie en février 1923 l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Taches et marbrures très foncées de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, avec aspect en nid d'abeilles.

A gauche, rétraction thoracique, avec taches entre le hilé et la clavicule, et aspect cavitare.

Histoire familiale. — Père, mère, deux frères et une sœur vivants à Paris, et bien portants. Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Mari. — Agé de 38 ans, évacué en 1917 après deux ans de présence au front, pour bronchite ayant entraîné la réforme 100 %. A l'époque du mariage, il toussait, crachait tous les matins, mais présentait un état général satisfaisant. Depuis septembre dernier, après une poussée fébrile, il est entré dans un sanatorium dans le Midi.

Le père du mari est mort de tuberculose pulmonaire, il y a dix ans, et son seul frère, est actuellement soigné pour hémoptysies dans le service de tuberculeux de Cochin.

Interprétation. — Il semble s'agir ici d'une *tuberculose conjugale* et bien que la primo-infection soit probable chez cette femme ayant toujours habitée Paris, il faut bien admettre l'influence prépondérante d'une *nouvelle infection* par le mari.

OBSERVATION XVIII

Mlle Ros..., 37 ans, composteuse, salle Quesnay. n° 6.

Histoire de la maladie. — A toujours habité Paris.

Ne se souvient d'aucune maladie grave jusqu'à l'âge de 26 ans. A cette époque, elle travaillait depuis plusieurs années dans un atelier de couture où arriva une nouvelle employée, toussant et crachant et morte depuis de tuberculose pulmonaire. Cette personne était devenue son amie ; elles sortaient ensemble le soir et partageaient souvent le repas de midi.

C'est 4 ou 5 mois après ce contact que la malade a fait, fin 1910, une *pleurésie séro-fibrineuse gauche* avec épanchement ponctionné (2 litres).

Guérison complète en quelques semaines et c'est seulement en 1917 qu'elle est de nouveau suspectée de bacillose à cause de son mauvais état général et envoyée à la campagne. Une fois encore elle s'améliore.

Enfin, il y a un mois, en mars 1923, survient une laryngite et une hémoptysie abondante au moment des règles. Cet épisode marque le début d'une poussée évolutive sévère qui ne semble pas s'améliorer.

Etat actuel des lésions. — Les deux tiers supérieurs du poumon gauche sont obscurcis et tachés et présentent plusieurs aspect cavitaires.

Taches plus discrètes au niveau du sommet droit.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 68 ans.

Mère. -- Morte d'accident, il y a 10 ans.

Une sœur morte de la grippe en 1918.

Un frère et une sœur, tous deux plus jeunes que la malade, en bonne santé.

Interprétation. — Il est vraisemblable que cette malade avait fait dans l'enfance une primo-infection pauvre et inactive. Mais le rôle de la *contagion d'atelier*, ayant coïncidé avec l'épisode pleurétique, début de la maladie, semble indiscutable.

OBSERVATION XXIII

Mme V... Jeanne, 23 ans, domestique, salle Quesnay, n° 8.

Histoire de la malade. — Elevée à la campagne dans l'Indre-et-Loire, la malade ne signale aucun antécédent pathologique. Elle n'a quitté son village qu'à la mort de sa mère, il y a 3 ans et s'est mariée en 1920 en arrivant à Paris.

Un an après son mariage survient une hémoptysie légère et sans lendemain pour laquelle elle ne consulte pas.

L'an dernier, elle commence une *grossesse* en mai et dès le 2^e mois, commence à tousser, cracher et maigrir. Après l'accouchement le 3^e jour, la température monte à 40° et se met à osciller entre 39° et 40° pendant 3 semaines et c'est alors qu'en l'absence de toute complication puerpérale, on découvre ses lésions tuberculeuses.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Densification totale du poumon avec maximum au tiers supérieur.

A droite : intégrité absolue.

Pneumothorax artificiel pratiqué : arrêt momentané des signes généraux et fonctionnels. Reprise au bout de 6 mois avec lésions du côté opposé. Décès en octobre 1923.

Histoire familiale. — Père. — Inconnu.

Mère. — Morte à 42 ans de tuberculose pulmonaire, il y a 3 ans, après une maladie ayant duré 3 ans.

Un frère et une sœur plus jeunes, mais que la malade n'a pas revus depuis son arrivée à Paris et dont elle ignore l'état de santé actuel.

Mari. — Bien portant.

Interprétation. — Cette malade a soigné entre 17 et 20 ans sa mère tuberculeuse et il est incontestable qu'elle subit à ce moment une contamination riche et répétée. Ce n'est qu'un an après qu'elle fait une légère poussée marquée par une hémoptysie ; mais le rôle de la *grossesse et de l'accouchement* se fait durement sentir sur ses lésions nettement en activité.

OBSERVATION LVI

M. Dem..., 47 ans, comptable, salle Chomel, n° 20.

Histoire du malade. — Ce malade, parisien, déclare n'avoir jamais été malade ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence. Il était un splendide gaillard, pesant 80 kilos, le jour du « tirage au sort ». Il fit son service militaire, se marie deux fois, accomplit toute la guerre au front sans un seul jour d'indisposition.

En 1920, deux ans après la guerre, il doit s'aliter 15 jours l'hiver pour une bronchite avec fièvre. En 1921, même accident, mais la toux persiste plus longtemps.

Enfin, en janvier 1923, il recommence à tousser et à cracher et cette fois, l'affection devenue fébrile ne régresse plus et l'amène actuellement à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose cavitaire bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Ses parents sont morts de vieillesse.

Il n'a ni frère, ni sœur.

Marié une première fois en 1904. Sa première femme meurt trois ans après d'une affection chronique non pulmonaire qu'il ne peut préciser. Elle lui laisse un garçon actuellement âgé de 19 ans et bien portant et qui a été élevé par ses grands-parents maternels à Boulogne-sur-Seine.

Il se remarie en 1910. Sa nouvelle femme commence à tousser dès sa première grossesse et depuis est atteinte de bronchite chronique.

Il en a eu deux enfants : l'un est mort à 15 mois, l'autre à 5 ans, tous deux de *convulsions*.

Interprétation. — Nous n'avons malheureusement pas pu réussir à examiner la deuxième femme de notre malade pour préciser la nature de cette « bronchite chronique ». Il semble bien qu'il s'agisse de tuberculose si on interprète la mort de ses deux enfants dans le sens de la méningite tuberculeuse. Dans ce cas, il s'agit d'un cas de contagion conjugale favori-

sé chez notre malade par un facteur important : il s'accuse, en effet, jovialement, d'être un *alcoolique* impénitent et il en présente les stigmates nets (tremblements, cauchemars, facies vultueux), mais sans signe objectif d'insuffisance hépatique. La cuti-réaction reste encore nettement positive (+ + +).

OBSERVATION LVIII

Mme Sever..., 34 ans, fourreuse, salle Quesnay, n° 6.

Histoire de la malade. — Ne se rappelle d'aucune maladie de l'enfance, ni de l'adolescence. Elle a commencé à travailler à 16 ans, s'est mariée à 18, a eu 2 *enfants vivants* et une fausse-couche et n'a jamais toussé.

En 1917, pour la première fois, elle entre à l'hôpital pour une *typhoïde* qui guérit sans complication, en deux mois.

En janvier 1919, elle contracte la *grippe avec complications* pulmonaires sérieuses ; malade trois semaines, sa convalescence est très longue et elle continue à tousser presque continuellement.

Enfin, il y a deux mois, brusquement, apparaît une laryngite en même temps qu'une poussée pulmonaire.

Etat actuel des lésions. — Marbrures, taches et *spélonques* dans les 5/6^e du champ pulmonaire droit et dans les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 33 ans d'un ulcère de l'estomac.

Mère. — Morte à 52 ans, d'obésité et de néphrite.

Deux frères et une sœur plus jeunes qu'elle, bien portants.

Mari. — Atteint de bronchite chronique depuis 1912. Réformé en 1914, pour cette affection. C'est seulement en 1917 à l'occasion d'un nouveau conseil de réforme qu'il a été déclaré bacillaire. « Il toussé encore, dit la malade, mais ne s'en « porte pas plus mal ».

Interprétation. — Il s'agit certainement de contagion con-

jugale. Il est intéressant de noter que cette femme a vécu pendant plus de dix ans avec un mari contagieux (peut-être par intermittence, il est vrai), sans être en apparence contaminée, bien qu'elle ait fait une fièvre typhoïde. C'est seulement après une *grippe pulmonaire* que paraissent être apparus les premiers symptômes de sa tuberculose.

OBSERVATION LXV

Mlle Bu... Olga, 26 ans, sans profession, salle Quesnay n° 17.

Histoire de la malade. — Pendant toute son enfance et son adolescence, elle dit avoir été très forte et ne se souvient d'aucune maladie. De 17 à 23 ans, elle entre en apprentissage chez une couturière, puis elle rentre chez elle pour soigner sa sœur malade et qui meurt en août 1921 de tuberculose pulmonaire ; un mois après, elle crache du sang et est soignée dans le service d'où elle part en sanatorium. Elle en revient actuellement, très améliorée.

Etat des lésions en août 1924. — Obscurité liquidienne de la base gauche. Obscurité du sommet gauche avec image cavitaire visible sur un cliché.

Etat actuel des lésions. — Taches apexiennes bilatérales visibles seulement au moment de la toux. Pas d'image cavitaire. Hiles très chargés. L'expectoration est encore bacillaire ; après homogénéisation.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 28 ans, la malade avait deux ans, d'une affection qu'elle ne peut définir.

Mère. — Morte d'accident.

Une sœur, morte, nous l'avons dit, en août 1921, de tuberculose pulmonaire, à 27 ans.

Interprétation. — Il s'agit actuellement d'une tuberculose qui paraît en bonne voie de guérison, mais dont l'origine semble nettement dépendre de la contagion importante à laquelle elle a été soumise auprès de sa sœur.

OBSERVATION LXVI

Mme B... Madeleine, 29 ans, ménagère, salle Quesnay, n° 15.

Histoire de la malade. — Aucun passé pathologique en dehors de la rougeole dans l'enfance. La malade n'a jamais toussé.

En août 1921, elle accouche à terme d'un enfant normal, après quatre mois de mariage. Elle *allaite* cet enfant 18 mois et ne cesse cet allaitement qu'à cause d'une fatigue extrême qui survient en février 1923. A ce moment, elle s'alite par un épisode du type grippal, durant huit jours avec fièvre et toux fréquente. Depuis, aggravation progressive.

Etat actuel des lésions. — A gauche : obscurité et aspect en mie de pain de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec limite inférieure nette (lobite).

A droite : normal.

Histoire familiale. — Père. — Mort cardiaque à 41 ans.

Mère et deux frères bien portants.

Mari. — N'a habité que deux ans avec elle et l'a quittée en novembre 1922. Il toussait et crachait depuis très longtemps et avait été réformé en 1916 pour bronchite chronique. Une de ses sœurs vient de mourir de tuberculose, mais elle n'a pas eu de contact avec notre malade.

Interprétation. — Il semble s'agir d'une *tuberculose conjugale* favorisée dans son éclosion par un *allaitement prolongé*.

OBSERVATION LXXXV

Mme Gu... Juliette, 29 ans, sans profession, dispensaire.

Histoire de la malade. — A toujours vécu à Paris, et n'a jamais été malade. Actuellement encore, c'est une femme robuste qui se présente *pour une visite de prophylaxie*. Elle appartient à un milieu aisé, elle ne s'est jamais occupée que des

travaux du ménage. Mariée une première fois, à 18 ans, son mari est tué à la guerre. Elle se remarie en 1920 et après un an de ménage, son mari tombe malade : après de nombreux séjours dans les hôpitaux, il est reconnu tuberculeux, réformé 100 %, et depuis 6 mois, dans un état de cachexie avancée, il est revenu au foyer conjugal.

Etat actuel des lésions. — Opacité très marquée du sommet droit, d'aspect marbré.

Ombres hilaires chargées.

Présence de bacilles dans les crachats à l'examen direct.

Histoire familiale. — Parents vivants et bien portants.

Un frère et une sœur. — Bien portants.

Deux enfants : l'un du premier mariage, mort à 7 mois de diphtérie ; l'autre du deuxième mariage, mort l'an dernier de méningite tuberculeuse, âgé d'un an.

Interprétation. — Il semble s'agir d'une *contamination conjugale* dont les lésions encore discrètes, mais indiscutables, furent révélées par une simple visite de prophylaxie.

OBSERVATION XCI

M. Mont..., 51 ans, cuisinier, salle Corvisart, n° 2.

Histoire du malade. — Dit n'avoir jamais été malade et ne plus se souvenir des petites infections de l'enfance qu'il aurait pu avoir.

Mais, depuis une dizaine d'années avant la guerre, il s'enrhumait facilement l'hiver « à cause de son métier, qui l'expose aux refroidissements ». Il est *mobilisé pendant quatre ans* comme territorial et ne connaît pas une seule journée de maladie.

Il a repris son métier dès la démobilisation et l'a accompli sans aucune fatigue jusqu'en juin 1923. A ce moment, survient une *pneumonie* (?) qui dure un mois avec de la fièvre irrégulière. Depuis, deux ou trois fois, il a craché des filets de

sang et c'est parce que la dernière hémoptysie fut plus abondante qu'il est venu à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Densification de la presque totalité du champ pulmonaire gauche avec cavités multiples.

A droite : gros foyer d'ombre péri-hilaire avec spélonque au centre.

Histoire familiale. — Son père et sa mère sont encore vivants et âgés de 79 et 76 ans.

Il n'a eu qu'un seul frère, bien portant et âgé de 49 ans.

Marié depuis 1900, sa femme devient malade de la poitrine en 1909 et « traîne » pendant 7 ans, avec des alternatives d'améliorations et de poussées presque toujours accompagnées d'hémoptysies. Elle meurt en 1916, pendant la guerre.

Les antécédents de cette femme sont lourdement chargés : son père est mort tuberculeux en 1900, un an après leur mariage, et deux sœurs sont également mortes tuberculeuses en 1907 et 1913.

Deux enfants morts en bas âge, pendant la maladie de leur mère.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose conjugale probable bien supportée malgré un contact infectant de 7 années consécutives, et non réveillée par la guerre. La cause de ce réveil à 51 ans, paraît être une *infection pulmonaire intercurrente* à début brusque, mal déterminée.

OBSERVATION CX

M. B... Alfred, 21 ans, décorateur, salle Louis, n° 5.

Histoire du malade. — Elevé à Charenton, dans un milieu aisé et sain, le malade a toujours été bien portant jusqu'en avril dernier.

Il était très fort, n'a eu que la rougeole dans son enfance, et n'a jamais toussé.

En juillet 1921, il quitte pour la première fois le milieu fa-

milial pour aller à Melun dans une école de peinture décorative et il habite en ville, chez une jeune femme veuve, dont le mari était mort deux ans auparavant de tuberculose et qui elle-même tousse et crache.

En avril 1924, brusquement survient un épisode aigu, précédé cependant depuis trois semaines de quelques signes d'impregnation bacillaire qui l'avaient obligé à quitter son travail. Cet épisode broncho-pneumonique prend une allure aiguë de phtisie galopante et évolue sans rémission vers la mort qui survient en juillet 1924.

Etat des lésions à l'entrée. — Densification massive, très marquée du lobe supérieur droit. Le lobe inférieur présente quelques taches, surtout au niveau du sinus.

A gauche : taches péri-hilaires d'aspect homogène.

Histoire familiale. — Mère. — Morte à 51 ans d'urémie.

Père, frère, sœur. — Tous examinés et reconnus indemnes de tuberculose.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Le rôle de la *contagion massive* est ici incontestable. Le malade avoue en effet, quelques jours avant sa mort, que la cohabitation avec son hôtesse avait pris, depuis 6 mois, le caractère le plus intime, et cette dernière, interrogée et examinée, est atteinte depuis trois ans d'une « sclérose du sommet droit » avec bacilles dans les crachats.

OBSERVATION CXXXIII

Mme B... Marguerite, 28 ans, blanchisseuse, salle Mosny, n° 3.

Histoire de la malade. — Grande, forte, jamais malade dans son enfance, elle s'est mariée à 20 ans, et a supporté vaillamment 4 grossesses successives avec allaitement.

Il y a un an (juin 1923) elle est atteinte d'une congestion pulmonaire droite qui dure 8 jours et se guérit complètement.

En décembre 1923, elle commence à maigrir, à tousser et, à la suite d'une consultation médicale, décide de cesser son travail. Mais en février 1924, alors qu'elle est enceinte de 2 mois, survient une forte hémoptysie fébrile. Elle fait une *fausse-couche* trois semaines après, suivie d'*infection puerpérale* et de *colpotomie*. Au cours de son séjour à l'hôpital, elle tousse de plus en plus et commence à cracher.

Etat actuel des lésions. — A droite : rétraction thoracique avec diminution de transparence des deux tiers supérieurs, sans image cavitaires. Maximum à l'extrême sommet.

A gauche : quelques taches très foncées péricardiales.

Histoire familiale. — Père et mère bien portants, n'ont jamais toussé.

Pas de collatéraux.

Mari bien portant ; examiné et reconnu indemne de bacillose.

Deux enfants morts en bas âge, il y a 4 ans, de gastro-entérite.

Deux enfants âgés de 5 et 7 ans, bien portants.

Interprétation. — En avril 1923, la malade a employé dans son atelier une jeune fille qui toussait et qui après 6 mois de séjour, est « devenue tuberculeuse » en octobre, et se trouve actuellement à Brévannes. Le contact était intime, puisque cette jeune fille mangeait avec les patrons et aidait aux soins du ménage. D'autre part, il faut noter qu'elle a perdu sa mère et sa sœur de tuberculose pulmonaire.

Le facteur contagion nous paraît devoir être envisagé ici, en remarquant l'influence favorisante probable d'une *fausse-couche compliquée*.

OBSERVATION CXXXIV

Mlle A... Geneviève, 21 ans, sténo-dactylographe, salle Dieulafoy, n° 5.

Histoire de la malade. — Signale uniquement la rougeole comme maladie de l'enfance. Elle n'a jamais eu de rhumes ni de bronchites.

Elle entre en apprentissage à 16 ans et à 18 ans devient sténographe dans une administration. Peu après, en mai 1921, elle fait un épisode grippal prolongé avec toux et amaigrissement dont elle se remet mal, malgré deux mois de convalescence à la campagne. Dès son retour à Paris, elle retombe malade d'une « congestion pulmonaire » compliquée de pleurésie gauche avec épanchement. Après un mois et demi au lit, elle retourne à la campagne et cette fois paraît complètement guérie. Elle reprend son travail en septembre 1923, dans un bureau où elle se trouve en contact avec une jeune fille qui toussait et avait fait une pleurésie.

En janvier 1924, à la suite d'une angine, survient une reprise des signes généraux et locaux qui l'amènent à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche : rétraction costale, trachéale et cardiaque. Marbrures et taches sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire. Sinus mousse et immobile.

A droite : quelques taches fines au niveau de l'apex. Quelques calcifications péri-hilaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 52 ans de bronchite chronique avec emphysème, il y a 5 ans.

Mère. — Bien portante.

Ni frère, ni sœur.

Interprétation. — Au moment du premier épisode pathologique, la malade n'accuse aucun surmenage d'aucune sorte. Elle menait auprès de sa mère une existence saine et sérieuse. Rien n'explique donc cet incident qui paraît cependant être le réveil d'une primo-infection, peut-être d'origine paternelle.

Par contre, la malade accuse formellement l'influence d'une contagion récente de bureau, en septembre dernier. Elle était très liée avec sa compagne malade, travaillait à la même table, en face d'elle, et sortait souvent en sa compagnie le di-

manche. Il est difficile de se prononcer d'une façon sûre sur le rôle possible de cette infection récente.

OBSERVATION CXL

Mlle Deq... Raymonde, 16 ans, manutentionnaire, salle Hanot, ° 11.

Histoire de la malade. — Issue d'un milieu sain et aisé, la malade déclare avoir toujours été robuste et résistante, n'avoir fait aucune maladie grave en dehors de la rougeole et en particulier n'avoir jamais toussé.

Fin 1922, elle est intimement liée avec un jeune ménage habitant sur le même palier ; elle y passe ses soirées, attirée bientôt par la naissance d'un bébé dont elle doit être la marraine.

Mais la jeune mère commence à tousser dès sa grossesse et fait une évolution fébrile dans les mois qui suivent ; c'est notre malade qui la soigne. Le bébé meurt de méningite tuberculeuse à 13 mois et la maman est actuellement mourante de tuberculose pulmonaire.

Notre malade commence à tousser en juin 1923, mais c'est en avril 1924 qu'elle se sent réellement malade et qu'elle vient à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche : rétraction cardio-aortique. Forte densification de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec spélonques à la partie moyenne et au-dessus de la clavicule. Quelques taches floues dans le tiers inférieur.

A droite : aspect normal.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Mort de congestion cérébrale à 34 ans.

Mère. — Actuellement atteinte de maladie de cœur.

Un frère. — Mort à 8 mois d'entérite.

Une sœur âgée de 22 ans, mère de 2 enfants et bien portante.

Interprétation. — Il nous paraît indiscutable d'admettre le rôle prépondérant de la contagion récente dans l'évolution de cette tuberculose.

OBSERVATION CXLVIII

Mme C... Joséphine, 29 ans, ménagère, salle Hanot, n° 28.

Histoire de la malade. — Elle signale la rougeole et la varicelle comme maladie de l'enfance. Mais elle n'a jamais toussé et a toujours été robuste.

Mariée à 17 ans, elle supporte *deux grossesses normales*. Son mari meurt, en 1912, de tuberculose pulmonaire, après avoir été soigné à domicile par la malade, pendant les dix mois de sa maladie.

Elle se remarie en 1914, avec un homme parfaitement sain et supporte *deux nouvelles grossesses* sans aucune maladie.

En 1922, nouvelle grossesse bien supportée et terminée en février 1923, par un accouchement normal. Elle allaite ce cinquième enfant comme les autres, et c'est au cours du 11^e mois de l'allaitement, en janvier 1924, que progressivement se développe une tuberculose rapidement évolutive.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale, cavitaire, très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 63 ans, alcoolique.

Mère. — Bien portante.

Cinq frères et sœurs, tous mariés et bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — La malade a été incontestablement soumise à des contagions importantes au cours de la maladie de son premier mari. Mais celles-ci paraissent avoir été inefficaces et ce n'est que 11 ans après, que nous assistons à un réveil évolutif au cours d'un cinquième allaitement prolongé.

OBSERVATION CXLIX

Mme S... G orgette, 32 ans, sans profession, salle Mosny, né
1.

Histoire de la malade. — Elevée à la campagne, en Normandie, jusqu'à l'âge de 17 ans, elle a eu la rougeole et la coqueluche, mais jamais de bronchite. Arrivée   Paris en 1909, elle travaille depuis cette époque dans un atelier de parfumerie dans de bonnes conditions hygiéniques. Mariée en 1916, à 24 ans, elle supporte *deux grossesses sans incident* (1916  t 1920).

En 1921, un de ses frères, blessé au poumon pendant la guerre, vient habiter avec elle et devient presque immédiatement malade. Il meurt de tuberculose pulmonaire après 8 mois de maladie, en janvier 1922, dont les deux derniers seulement passés à l'hôpital.

Peu après, notre malade commence à tousser et à maigrir. En octobre 1923, elle *devient enceinte une troisième fois* et ses lésions s'aggravent. Elle accouche à terme, en juillet 1924 et entre à l'hôpital avec son enfant.

Etat actuel des lésions. — Diminution de transparence du sommet gauche avec image cavitaire.

A droite, légère obscurité homogène de l'extrême sommet.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 52 ans, bien portant.

Mère. — Agée de 49 ans, bien portante.

Un frère, mort de tuberculose pulmonaire à la suite d'une blessure du poumon, en janvier 1922, à 27 ans.

Une sœur, âgée de 25 ans, bien portante.

Mari. — A fait toute la guerre, n'a jamais toussé.

Un enfant de 7 ans et demi, atteint de paralysie infantile.

Un enfant né en 1921 et mort à 14 mois de broncho-pneumonie primitive (peu de temps après le début de la maladie du frère tuberculeux).

Un enfant âgé de 14 jours, à la crèche.

Interprétation. — Il faut nettement incriminer ici le rôle de la *contagion récente*. Le frère tuberculeux a habité 6 mois le

foyer de notre malade et est sans doute responsable de la mort de son deuxième enfant.

Le rôle favorisant de la troisième grossesse paraît également indiscutable.

OBSERVATION CLVII

Mme D... Amélie, 28 ans, ménagère, salle Mosny, n° 8.

Histoire de la malade. — Venue à Paris à 19 ans, elle n'avait jamais été malade auparavant. Placée comme bonne à tout faire dans un milieu sain, elle a une santé plutôt très robuste.

Elle se marie à 22 ans, et au bout de 2 ans, son mari meurt, à 44 ans, d'une congestion pulmonaire (p) qui a traîné 10 mois et s'est accompagnée de sueurs nocturnes, d'amaigrissement notable et d'expectoration purulente.

Elle supporte deux grossesses sans accident.

Remariée en 1921, elle devient de nouveau enceinte et accouche d'un prématuré de 7 mois qui entre à la crèche, y meurt en janvier 1924. C'est pendant cette dernière grossesse que les signes d'imprégnation bacillaire se sont révélés et ont commencé à évoluer suivant le type ulcéro-caséux.

Etat actuel des lésions. — A droite : forte densification de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain et spélonques.

A gauche : taches et mie de pain au niveau de la moitié inférieure.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 43 ans de bronchite chronique.

Mère. — Morte à 42 ans de tumeur abdominale.

Neuf frères et sœurs, tous restés à la campagne et tous bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose connue dans la famille.

Deuxième mari bien portant.

Un enfant mort à 1 an, l'année de la mort du père, de méningite tuberculeuse.

Deuxième enfant, actuellement traité aux Enfants-Malades pour bronchite.

Interprétation. — Il faut ici considérer le rôle de la *nouvelle infection* subie et venant du premier mari et qui est signée d'un fait : la mort d'un enfant de méningite tuberculeuse.

Il est à noter que cette infection ne manifeste son activité que 4 ans plus tard, à la suite d'une troisième grossesse.

OBSERVATION CLX

Mme Mal... Madeleine, 18 ans, modiste, salle Mosny, n° 13.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Choisy-le-Roi, elle a toujours été bien portante dans l'enfance et ne signale que la scarlatine comme maladie antérieure.

Depuis 3 ans, elle commence à travailler à Paris et fait matin et soir un long voyage dans les trains de banlieue qui augmente beaucoup sa fatigue. Elle se lève le matin à 5 heures et demie et ne rentre le soir qu'à 8 heures.

En décembre 1923, elle fait une bronchite aiguë, avec fièvre et gros amaigrissement, à la suite de laquelle elle est envoyée 3 mois dans le Midi.

Peu après la reprise du travail, elle maigrit à nouveau, recommence à tousser et peu à peu la fièvre s'allume.

Etat actuel des lésions. — A droite : densification massive du lobe supérieur, obscurité de la base à limite oblique et dégradée.

A gauche : image normale.

Pneumothorax artificiel sans succès à cause d'adhérence.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Bien portante.

Un frère, âgé de 27 ans, bien portant.

Un frère, âgé de 26 ans, réformé 100 % après la guerre, pour tuberculose ; a cohabité 4 ans avec notre malade, de 1918 à 1922 ; depuis, marié et bien portant.

Interprétation. — Il faut envisager ici le rôle possible d'une contagion par le frère. Le surmenage et la fatigue paraissent avoir joué un rôle favorisant.

OBSERVATION CLXI

Mlle Er... Stella, 22 ans, brodeuse, salle Mosny, n° 15.

Histoire de la malade. — Née et élevée dans l'île de Chypre, elle n'a fait aucune maladie de l'enfance. En 1918, elle vient à Paris et peu après, contracte une typhoïde sévère qui la tient au lit pendant deux mois et demi.

Jusqu'en 1921, sa santé reste parfaite et elle ne tousse pas. A ce moment, elle commence à avoir des rapports sexuels avec un homme réformé de guerre à 100 % pour bronchite des sommets. En septembre 1923, sans cause apparente, elle se sent fatiguée, un peu fébrile le soir et bientôt elle commence à tousser ; en janvier 1924, une grosse poussée de bronchite la tient au lit pendant 3 semaines. En avril, nouvelle poussée qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Densification de la totalité du champ pulmonaire gauche à maximum sous-claviculaire où on note l'existence d'une volumineuse caverne.

Quelques taches discrètes sous la clavicule droite.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Six frères et sœurs, tous bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Il semble s'agir indiscutablement d'une contagion conjugale.

OBSERVATION CLXIII

Mme Korn... Suzanne, 21 ans, modiste, salle Mosny, n° 13.

Histoire de la malade. — Signale plusieurs maladie de l'en-

fance : rougeole, scarlatine et varicelle. Mais elle a toujours été bien portante et n'a jamais toussé.

Elle se marie en février 1922 et un an après *accouche à terme* d'un enfant normal qui meurt à 17 mois de convulsions. C'est peu après la mort de son enfant que se sentant fatiguée et amaigrie, et sachant son mari malade, elle vient passer au dispensaire une visite de prophylaxie qui révèle une tuberculose importante.

Etat actuel des lésions. — A gauche : infiltration de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain.

A droite : normal.

Histoire familiale. — Père. — Aliéné ; n'a jamais toussé.

Mère. — Bien portante.

Un frère âgé de 17 ans, bien portant.

Une sœur, morte à 5 semaines, de diarrhée infantile.

Mari. — Agé de 24 ans, a été réformé au cours de son service militaire 100 %, pour tuberculose pulmonaire ; soigné par un pneumothorax artificiel, il y a un an, dans le service, en voie d'amélioration, mais reste encore bacillifère.

Sa mère est morte il y a deux mois de tuberculose pulmonaire après 7 ans de maladie chronique.

Deux frères sont morts, l'un à 15 ans de tuberculose pulmonaire, l'autre à 11 ans de méningite tuberculeuse.

Interprétation. — Cette histoire est tout à fait caractéristique d'une *tuberculose conjugale*, se développant seulement après deux ans et demi de contact, malgré une grossesse intercurrente.

OBSERVATION CLXIV

Mme J... Paulette, 25 ans, sans profession, salle Mosny, n° 17.

Histoire de la malade. — En dehors de la coqueluche à 10

ans, elle ne signale aucune maladie de l'enfance ni dans l'adolescence et en particulier n'a jamais toussé. Elevée à la campagne, elle se marie en 1918 à 19 ans et vient à Paris l'année suivante.

Elle a *trois grossesses successives* et c'est au cours de l'allaitement du troisième enfant, en avril 1923, que brusquement débute une pleurésie avec toux et expectoration trouvée bacillaire d'emblée. Après un séjour à la campagne elle fait une nouvelle poussée en septembre 1923, et devient enceinte à nouveau peu après. C'est seulement au 8^e mois de cette grossesse qu'a débuté la poussée actuelle qui l'a amenée à l'hôpital.

Elat actuel des lésions. — Densification du lobe supérieur droit avec spéléonque à la partie inférieure.

Taches et marbrures des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire gauche à maximum péripédiculaire.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 61 ans, bien portant.

Mère. — Morte il y a 11 ans d'un néoplasme utérin.

Cinq frères et sœurs âgés de 32, 30, 27, 24 et 21 ans, tous bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Mari. — A perdu son père, il y a 10 ans, des suites d'une pleurésie, toussé et craché depuis son retour de la guerre et surtout depuis son mariage. Mais ce n'est qu'au moment de la révélation de la tuberculose de sa femme qu'il a songé à se faire examiner et qu'il a été trouvé tuberculeux bacillaire. Actuellement en sanatorium, en voie d'amélioration.

Trois enfants :

L'aîné est mort à 3 ans de coqueluche avec broncho-pneumonie.

Le second est mort à 7 mois de bronchite.

Le troisième, élevé en nourrice après 6 semaines d'allaitement, paraît bien portant.

Interprétation. — Il paraît s'agir de *tuberculose conjugale* avec action favorisante des *grossesses successives*.

OBSERVATION CLXV

Mme Mel... Alice, 25 ans, domestique, salle Mosny, n° 20.

Histoire de la malade. — A passé son enfance et son adolescence à la campagne, sans autre maladie que la rougeole. En 1918, elle fut atteinte de la *grippe épidémique sans complication*, mais suivie d'une longue convalescence avec asthénie.

Elle épouse en 1919 un homme réformé 100 % pour bronchite chronique et qui meurt à Lariboisière en 1923, dans un service de tuberculeux. Elle a supporté *deux grossesses* sans incidents, avec allaitement prolongé. Depuis la mort de son mari, elle a dû entrer en service dans un hôtel où elle connaît un *gros surmenage de travail* et les privations. Peu de temps après, en décembre 1923, un épisode grippal la tient au lit 8 jours et marque le début de la toux qui va depuis en s'aggravant.

Elle n'a pu reprendre son travail que quelques jours et entre à l'hôpital très fatiguée.

Etat actuel des lésions. — Diminution de transparence de la moitié supérieure du poumon droit avec limite inférieure nettement scissurale. Spélonque de 3 cm. de diamètre au-dessous de la clavicule.

A gauche : tache de 3 cm. de diamètre, sur le bord du cœur en regard du point G.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec bon résultat actuel.

Histoire familiale. — Parents bien portants, âgés de 59 et 61 ans.

Quatre sœurs et un frère bien portants.

Une sœur, morte à 16 ans, il y a un an, de méningite tuberculeuse, elle était venue habiter avec notre malade un peu avant la mort du mari.

Mari. — Mort de tuberculose pulmonaire en 1923.

Le père et la mère du mari seraient tous deux morts tuber-

culeux pendant la guerre et ont perdu 5 enfants dans la première enfance de maladies inconnues de la malade ; les trois autres sont en bonne santé.

Un enfant, mort à 9 mois de pleurésie (2) aux Enfants-Malades.

Un enfant de 3 ans, bien portant, élevé à la campagne.

Interprétation. — *Tuberculose conjugale*, réveillée 6 mois après la mort du conjoint sous l'influence du *surmenage* et des *privations*, deux grossesses successives sans action.

OBSERVATION CLXVIII

Mme De... Denise, 24 ans, manutentionnaire, salle Mosny, n° 16.

Histoire de la malade. — Aucun passé pathologique en dehors de la rougeole, de la scarlatine. La malade n'a jamais toussé. Elle a toujours vécu au milieu familial auprès de son père malade. Il y a 4 ans, elle a accouché à terme d'un enfant bien portant, après une *grossesse bien supportée*. Depuis un an travaillait à Aubervilliers, dans une usine malsaine et accomplissait une besogne très dure. Souvent, elle faisait des heures supplémentaires et sortait le soir pour « son plaisir ».

En juin 1924, progressivement se sont installés des signes nets d'imprégnation bacillaire pour lesquels elle vient consulter.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon gauche avec petites grêdes.

Quelques taches foncées au-dessous de la clavicule droite.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a deux mois des suites d'une pleurésie séro-fibrineuse contractée il y a 4 ans et depuis laquelle il a toujours toussé.

Mère. — Bien portante.

Un frère âgé de 35 ans, atteint de mal de Pott depuis 10 ans.

Quatre autres frères, bien portants, âgés de 22, 27, 30 et 33 ans.

Seule notre malade a été en contact avec le père pendant la maladie, tous ses frères ayant quitté le foyer familial après leur service militaire.

Interprétation. — Il faut envisager ici le rôle des infections récentes et répétées auxquelles notre malade a été exposée. L'influence du *surmenage de travail et de plaisir* paraît avoir déterminé l'évolution actuelle.

OBSERVATION CLXXXVII

M. M... Jean, 35 ans, employé de tramway, salle Corvisart, n° 15.

Histoire du malade. — Signale dans la seconde enfance une entérite chronique rebelle, mais guérie au bout d'un an par un anthelminthique. Il a toujours habité la banlieue de Lille dans de bonnes conditions hygiéniques et n'a jamais toussé. Il a fait son service militaire, puis la guerre (comme cuisinier dans un état-major de division) sans maladie. En 1920, il se marie et un an après, à la suite d'un accouchement, sa femme devient tuberculeuse et meurt en 1923. Il vient alors habiter Paris et passe une visite médicale en juillet 1923 pour entrer à la Compagnie des Tramways. Il est reconnu sain et accepté. Le métier de receveur lui paraît très dur, il se fatigue et maigrit ; en décembre 1923, il s'alite 8 jours pour une poussée de type grippal avec bronchite. En mars, une laryngite aiguë suivie d'hémoptysie, met en évidence une tuberculose évolutive.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale avec cachexie avancée.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 67 ans, bien portant.

Mère. — Agée de 65 ans, bien portante.

Quatre frères en bonne santé.

Une sœur morte de péritonite aiguë en 1917.

Pas de tuberculose connue dans la famille.

Femme. — Morte en mai 1923, de tuberculose pulmonaire, après deux ans de maladie.

Un enfant, mort en décembre 1922, de tuberculose, à deux ans.

Interprétation. — *Contagion conjugale* probable évoluant 6 mois après la fin du contact, sous l'influence du *surmenage*.

OBSERVATION CCV

Mme T..., 39 ans, étiquetteuse chez Potain, salle Bouillaud, n° 12.

Histoire de la maladie. — Issue d'une famille de pêcheurs Calaisiens, la malade a passé toute son enfance et son adolescence sans aucun incident pathologique.

A 22 ans, elle a une première *grossesse bien supportée* et se marie à 24 ans, avec un veuf de 41 ans, dont la femme était morte, deux ans auparavant de tuberculose pulmonaire, en laissant 7 enfants.

Elle fait successivement 4 *nouvelles grossesses* toutes bien supportées; mais son mari tombe bientôt malade d'une tuberculose qui dure 6 ans, pendant lesquels les 5 enfants meurent successivement de tuberculose.

Elle-même, 6 mois après la mort de son mari, qu'elle soigne jusqu'au dernier jour, commence à tousser à la suite d'un refroidissement contracté à la suite des inondations de l'hiver dernier, en rentrant dans sa maison d'Ivry; envahie par les eaux.

Après cette époque, les lésions pulmonaires ont évolué sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Infiltration cavaire des deux tiers supérieurs du poulmon droit.

Sommet gauche, voilé et taché.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte d'accident, la malade avait 8 ans.

Cinq frères et sœurs, tous bien portants.

Donc pas de tuberculose dans les antécédents personnels de notre malade.

Mari. — Mort à 56 ans, de tuberculose pulmonaire, après 6 ans de maladie. Dans sa famille, on constate que les parents sont morts jeunes de maladie non connue et que deux frères sont morts depuis la guerre de tuberculose.

Enfants du mari. — Les 5 aînés sont mariés et bien portants.

Les deux derniers qui habitaient avec le nouveau ménage sont morts, l'un à 21 ans, il y a 7 ans, de tuberculose pulmonaire.

L'autre, à 14 ans, la même année, et également de tuberculose.

Enfants de la femme. — 1. — Fille de 17 ans, née avant le mariage, élevée à la campagne et bien portante.

2. — Fille de 11 ans, élevée par une tante, à Calais, bien portante.

3. — Un garçon mort à 16 mois d'accidents pulmonaires en 1919.

4. — Un garçon mort à 11 mois de broncho-pneumonie (?) sans rougeole en 1918.

5. — Une fille, morte à 12 ans, de tuberculose de la hanche avec lésions pulmonaires.

Interprétation. — Cas typique de tuberculose familiale.

Pour notre malade, soumise à de nombreuses surinfections, il faut remarquer qu'elle supporte remarquablement 4 grossesses, sans incident et qu'elle commence à présenter des accidents 6 mois après la fin du contact, à la suite d'un refroidissement.

OBSERVATION CCVI

Mlle V... Germaine, 25 ans, comptable, salle Potain, n° 13.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade signale dans ses antécédents la rougeole à 6 ans, et à 21 ans, une *appendicite* suppurée opérée d'urgence et suivie d'une phlébite qui la tient pendant trois mois au lit.

Elle n'a jamais présenté le moindre incident pulmonaire jusqu'à il y a trois mois.

Depuis l'âge de 6 ans, elle habitait avec sa tante bien portante, et mène une vie calme, régulière, sérieuse. Mais, il y a 2 ans, sa mère quitte brusquement le milieu conjugal et le père, légèrement souffrant, vient se réfugier auprès de sa fille. Peu à peu, il devient très malade et vient de mourir en juillet 1924, à la salle Corvisart, de tuberculose pulmonaire, il n'est entré à l'hôpital que pendant le dernier mois de sa maladie.

Il y a trois mois, notre malade a vu apparaître progressivement, sans cause favorisante, tous les signes habituels d'impregnation tuberculeuse et récemment une poussée aiguë broncho-pneumonique s'est installée.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche, avec aspect en nid d'abeille près de la ligne médiane, quelques taches au sommet.

A droite : fines marbrures autour du hile.

Histoire familiale. — Père. — Mort de tuberculose pulmonaire, en juillet 1924.

Mère. -- bien portante.

Un frère, âgé de 18 ans, bien portant, placé depuis 3 ans comme domestique, n'a pas eu de contact avec le père malade.

Interprétation. — Il faut admettre ici l'importance décisive de l'infection récente d'origine paternelle.

OBSERVATION CCXIII

Mme B... Angèle, 41 ans, commerçante, salle Potain, n° 14.

Histoire familiale. — Signale dans ses antécédents la rougeole à 3 ans et la fièvre typhoïde à 14 ans. Mais n'a jamais toussé jusqu'à son mariage.

En 1906, à 23 ans, elle épouse un homme tuberculeux avéré avant le mariage. Elle supporte une *première grossesse* en 1907, une fausse-couche en 1908, mais en 1910, 2 mois après la fin de sa *troisième grossesse*, elle fait une hémoptysie au cours de l'allaitement. Cet incident reste sans lendemain, mais en 1911, à la suite d'une *fausse-couche* de 3 mois, suivie de colpotomie, survient une nouvelle hémoptysie non suivie, cette fois encore, d'évolution.

En 1914, son mari meurt tuberculeux.

Rien à signaler jusqu'en 1917, où elle se met à nouveau en ménage. Peu à peu, sous l'influence d'un *gros surmenage* occasionné par l'installation d'un petit commerce, elle crache à nouveau du sang et depuis plusieurs fois par an, presque toujours au moment de ses règles, elle fait des hémoptysies, sans épisode intercurrent.

En juin 1924, à la suite d'une grosse fatigue, survient une forte poussée fébrile avec toux, amaigrissement, expectoration abondante qui n'a pas tendance à la régression.

Etat actuel des lésions. — Infiltration bilatérale à maximum au niveau des deux sommets, sans aspect cavitairé visible.

Histoire familiale. — Père. — Mort asthmatique à 86 ans.

Mère. — Morte asthmatique à 79 ans.

Deux sœurs. — Mortes, l'une à 3 ans d'entérite ; l'autre à 32 ans d'une tumeur utérine.

Un frère. — Mort à la guerre.

Deux sœurs. — Bien portantes.

Premier mari. — Mort en 1914 de tuberculose pulmonaire, évoluant depuis 8 ans.

Deuxième mari. — Bien portant.

Deux enfants. — Le premier mort de méningite tuberculeuse en 1908 à 1 an et demi.

Le deuxième mort d'entérite à 6 mois, en 1910.

Interprétation. — Tuberculose conjugale, favorisée par trois grossesses et évoluant pendant 14 ans suivant le type fibro-congestif. Poussée évolutive actuelle à la faveur d'un gros surmenage.

OBSERVATION CCXIV

Mme B... Juliette, 30 ans, blanchisseuse, salle Bouillaud, n° 13.

Histoire de la malade. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance, mais n'a jamais toussé et toujours a présenté un état général florissant. Elle habitait d'ailleurs la campagne. Elle se marie en 1912 et son pays étant envahi, vient habiter Paris en 1914. Elle *supporte sans incident 5 grossesses* successives menées à terme. En 1917, son mari est réformé 100 % après deux ans de campagne, pour tuberculose pulmonaire et revient habiter avec elle.

En 1920, à la suite d'une *fausse-couche* de trois mois, avec curetage, elle fait une infection puerpérale, compliquée d'ictère et après 6 semaines de séjour à Lariboisière, commence à tousser et à cracher ; d'emblée son expectoration est trouvée bacillaire. Pendant son séjour à l'hôpital, son mari disparaît avec une voisine.

En 1922, à la suite d'un *refroidissement* en sortant de l'atelier, elle fait une poussée aiguë, grave, prolongée trois mois avec hémoptysie.

Depuis, évolution discontinue, avec poussée de plus en plus fréquente et cachexie avancée.

Etat actuel des lésions. — A droite : infiltration de la totalité de l'hémithorax avec images cavitaires multiples au sommet et à la partie moyenne.

A gauche : obscurité de l'apex, avec caverne.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 54 ans, bien portant.

Mère. — Agée de 52 ans, bien portante.

Cinq frères, ayant tous fait la guerre sans aucune maladie.

Il n'y a jamais eu de tuberculose connue dans la famille.

Interprétation. — Le rôle d'une *contagion conjugale* doit être envisagé, mais il est à remarquer que c'est seulement après trois ans que se fait la première poussée évolutive à l'occasion d'une infection puerpérale. Rôle d'un *refroidissement* sur une nouvelle poussée évolutive.

OBSERVATION CCXXXII

Mme L... Marie, 23 ans, fille de salle, salle Diculafoy, n° 13.

Histoire de la malade. — D'origine bretonne, elle a habité la campagne pendant toute son adolescence, sans aucune maladie.

A 18 ans, elle entre, à Rennes, comme bonne à tout faire, chez un ménage, dont la femme meurt de tuberculose pulmonaire après 7 mois de maladie. Elle soigne la malade et l'assiste jusqu'à ses derniers moments. Immédiatement après, elle vient à Paris, et travaille comme fille de salle dans un restaurant. Au bout de 5 mois, elle devient enceinte, se sent très fatiguée et commence à tousser. Cependant elle accouche à terme ; mais 10 jours après l'accouchement, survient une *pleurésie séro-fibrineuse droite ponctionnée* et soignée à la Charité. Elle se guérit, d'ailleurs incomplètement et continue à tousser. L'hiver dernier, au troisième mois d'une *nouvelle grossesse*, survient une rechute assez sérieuse pour qu'on fasse à ce moment une tentative, d'ailleurs infructueuse, de pneumothorax thérapeutique. Cette poussée s'arrête au 5^e mois de sa grossesse et actuellement elle attend avec sérénité sa délivrance qui doit avoir lieu dans un mois ; son état de santé est parfaitement satisfaisant.

Etat actuel des lésions. — Large empâtement péri-hilaire droit.

Empâtement discret entre le hile et le pédicule pulmonaire gauche.

Histoire familiale. — Parents. — En excellente santé.

Un frère et deux sœurs. — Bien portants.

Un frère. — Mort de rougeole dans la première enfance.

Mari. — Bien portant.

Interprétation. — La malade a été exposée à 18 ans à une contamination importante qui a peut-être été sa primo-infection. Réveil sous l'influence d'une première grossesse.

OBSERVATION CCXXXV

Mme Ch... Jeanne, 30 ans, employée au Ministère de l'Hygiène, salle Mosny, n° 27.

Histoire de la malade. — Paraît n'avoir jamais connu la maladie ni dans son enfance, ni dans son adolescence.

Mariée à 18 ans, elle supporte deux grossesses avec allaitement prolongé, sans défaillance et après la mort de son mari, elle entre comme employée chargée du nettoyage au Ministère de l'Hygiène.

En 1917, son frère aîné rentre des armées, réformé 100 % pour pleurésie chronique, et meurt au bout de 3 mois de tuberculose pulmonaire ; il fut soigné par notre malade, sauf pendant le dernier mois passé à l'hôpital.

Aucun incident à signaler jusqu'en 1922. A ce moment, une légère hémoptysie l'amène au dispensaire Léon Bourgeois, où l'examen radiologique ne révèle rien d'anormal. Elle est mise en observation pendant trois mois.

En 1923, nouvelle hémoptysie au moment des règles ; elle est soignée à Cochin, où on lui découvre quelques lésions, au sommet droit. Elle part alors 3 mois à la campagne.

Enfin, en juin-1924, nouvelle hémoptysie, suivie cette fois d'une poussée évolutive sévère.

Elat actuel des lésions. — A droite : densification des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec plusieurs spéléonques. Hile empâté et arborescent. Taches confluentes au niveau du tiers inférieur.

A gauche : sommet transparent. Taches calcifiées au niveau du hile.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Inconnu.

Mère. — Morte en 1918 de cardiopathie.

Un frère. — Mort en 1917, de tuberculose pulmonaire.

Mari. — Mort à la guerre.

Deux enfants de 11 et 9 ans, sains, placés à l'œuvre Gran-cher.

Interprétation. — La malade a été exposée en 1917 à une surinfection, mais ce n'est que 5 ans après qu'est survenu le premier épisode pathologique, d'ailleurs sans aucune autre cause favorisante qu'un *surmenage de travail* assez marqué.

OBSERVATION CCXLVII

Mme B... Marthe, 23 ans, comptable, salle Hanot, n° 1.

Histoire de la malade. — Nombreuses petites maladies de l'enfance : rougeole, coqueluche, varicelle. Mais n'a jamais toussé et travaille depuis l'âge de 13 ans, sans interruption. Depuis 4 ans, elle a comme compagne de bureau et comme amie intime une jeune fille de 27 ans, qui tousse et crache depuis deux ans et qui, actuellement, est en traitement au sanatorium de La Tuyolle. En juin dernier, sans aucune cause prémonitoire, survient une hémoptysie importante qui marque le début d'une évolution tuberculeuse cavitaires.

Elat actuel des lésions. — A droite : taches confluentes avec

nid d'abeille au niveau de la moitié supérieure du champ pulmonaire.

A gauche : rétraction cardio-aortique, taches confluentes au niveau de la moitié supérieure avec petite spélonque sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort alcoolique à 43 ans.

Mère. — Bien portante, âgée de 63 ans.

Sept sœurs et deux frères, tous bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Il semble bien s'agir ici d'une *contagion récente* et déterminante. Les deux jeunes filles travaillaient côte à côte, sortaient ensemble et étaient intimement liées.

OBSERVATION CCLVI

M. D... Thomas, mécanicien, 40 ans.

Histoire du malade. — Né et élevé à Paris dans un milieu sain et aisé, il n'a jamais connu la moindre maladie ni dans l'enfance, ni dans l'adolescence. Il a fait 3 ans de service actif dans de bonnes conditions et s'est marié à 25 ans, en 1909. Sa femme est chétive, souvent malade, toujours enrhumée et de souche manifestement tuberculeuse. Un an après son mariage, en 1910, notre malade fait une *bronchite sévère*, suivie de *pleurésie* ponctionnée à plusieurs reprises et ce n'est qu'après 105 jours d'alitement qu'il devient convalescent de cette grave maladie. De 1910 à 1919, aucun incident ; pendant la guerre il est mobilisé à l'arrière et ne supporte aucune fatigue d'aucune sorte. En 1919, il fait, l'hiver, une nouvelle grosse bronchite et depuis, tous les ans, il est hospitalisé pour un épisode aigu et fébrile durant en moyenne un mois.

Etat actuel des lésions. — Infiltration ulcéro-caséuse bilatérale avec cachexie avancée.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 74 ans de vieillesse.

Mère. — Morte à 64 ans, de cardiopathie.

Deux frères et une sœur, bien portants.

Un frère mort à la guerre.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans sa famille.

Femme. — Morte en 1918 de tuberculose pulmonaire à la suite de sa deuxième grossesse. Toussait depuis longtemps, avait perdu sa mère et deux frères de tuberculose pulmonaire.

Un enfant de 14 ans, actuellement tuberculeux, en traitement à l'hôpital Debrousse.

Un enfant de 6 ans et demi, très bien portant, avec cuti-réaction négative : il a été séparé de la mère le troisième jour de la naissance et élevé à la campagne.

Interprétation. — On doit incriminer ici une *contagion conjugale importante*, manifestée un an après le mariage par un épisode pleuro-pulmonaire grave et réveillé 10 ans après, sans cause appréciable.

OBSERVATION CCLXIX

M. L..., 50 ans, polisseur, salle Rabelais, n° 18.

Histoire du malade. — Pas de maladie de l'enfance, a toujours été très robuste.

A 17 ans, *chancre syphilitique* mal soigné, suivi de roséole. A fait son service actif ; mobilisé en 1914, il est renvoyé dans ses foyers en 1917 comme père de famille, mais il était resté à l'arrière dans de bonnes conditions.

En 1921, peu à peu apparaissent des signes de *diabète* : polyurie et polydypsie surtout et il entre à l'hôpital Cochin où après régime son sucre diminue. Depuis 3 ans, il n'a pas suivi de régime et son état ne s'est guère aggravé.

A l'entrée, on note une *glycosurie* importante ne cédant ni à la cure de réduction-hydro-carbonée, ni à la cure de légumes verts, mais on ne trouve pas d'acidose.

Le foie est très volumineux, indolore, la rate n'est pas per-

ceptible, il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale. On note la présence de leucoplasie jugale très importante et des syphilitides psoriasiformes au niveau des membres inférieurs. Pas de signes cliniques d'insuffisance hépatique. Un traitement anti-syphilitique intense n'amène aucun abaissement de la glycosurie, mais le foie diminue considérablement de volume.

Depuis quelques semaines le malade tousse fréquemment. A l'auscultation on trouve quelques râles humides dans la fosse sous-épineuse gauche et l'examen radiologique dénote une diminution globale légère de la transparence de l'hémithorax gauche, avec taches et marbrures sous la clavicule.

L'examen des crachats après homogénéisation a montré des bacilles de Koch en abondance.

Histoire familiale. — Père. — Mort de fracture de jambe compliquée.

Mère. — Mort d'urémie.

Pas de collatéraux.

Femme. — Morte en 1919 de tuberculose pulmonaire après 7 mois de maladie sérieuse, mais toussait depuis longtemps.

Quatre enfants :

1. — Agé de 17 ans, bien portant.

2. — Agé de 15 ans, bien portant.

3. — Mort à 5 ans de méningite tuberculeuse en 1917.

4. — Mort à 2 ans, de méningite tuberculeuse en 1920.

Interprétation. — Deux causes qui d'ailleurs ont pu s'associer, peuvent être invoquées chez ce malade : une contagion conjugale ayant cessé depuis 5 ans et un diabète simple évoluant depuis 3 ans.

OBSERVATION CCLXXIV

Mlle P... Denise, 17 ans, vendeuse, salle Potain, n° 13.

Histoire de la maladie. — Nombreuses maladies de l'enfance : rougeole, coqueluche, diphtérie. Mais pas de maladie dans l'adolescence.

Il y a 6 mois, son frère revient des colonies, où il était employé dans un comptoir, atteint de tuberculose pulmonaire grave à laquelle il a succombé il y a trois semaines. Il fut soigné seulement deux mois au domicile paternel et depuis il était entré à l'hôpital. Il y a trois mois, c'est-à-dire un mois après la fin du contact, notre malade est atteinte de pleurésie gauche ponctionnée et depuis une tuberculose très rapidement évolutive se développe.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure du poumon gauche à maximum périscissural. Spélonque sous la clavicule.

A droite : taches fines, au niveau du tiers moyen.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 46 ans, de coma diabétique. Il n'aurait jamais toussé.

Mère. — Bien portante.

Frère aîné. — Mort à 28 ans, de tuberculose pulmonaire, il y a un mois.

Une sœur, âgée de 15 ans, serait également malade depuis un mois, suivie dans un dispensaire.

Interprétation. — Il semble incontestable que la contagion récente à laquelle notre malade a été soumise soit le facteur déterminant de sa maladie.

OBSERVATION CCLXXI

M. M... Jean, 29 ans, employé de tramway, salle Corvisart, n° 9.

Histoire du malade. — Il signale dans son enfance : la rougeole, la scarlatine et une fièvre muqueuse sévère à 9 ans. Mais depuis, il n'a jamais été malade. Mobilisé en 1916, il a accompli 27 mois de service aux armées, dans l'infanterie, sans défaillance.

Marié en 1920, il entre en excellente santé comme receveur à la Compagnie des Tramways. En 1922, au mois de novem-

bre, il s'aperçoit d'un amaigrissement progressif et un examen médical lui aurait découvert une induration du sommet gauche. Mais c'est seulement le 10 avril 1924, qu'une hémoptysie brutale vient révéler des lésions qui n'ont pas cessé d'évoluer depuis.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse, cavitaires bilatérales avec cachexie avancée.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 29 ans, de fièvre typhoïde.

Mère. — Agée de 58 ans, bien portante.

Un frère, âgé de 26 ans et une sœur de 24 ans, examinés tous deux radiologiquement et reconnus indemnes de tuberculose.

Femme. — A eu une pleurésie à 17 ans, toussait et crache depuis sa première grossesse et présente actuellement une expectoration richement bacillaire.

Un enfant, mort à 6 mois d'entérite (?)

Un enfant de deux ans et demi, bien portant, mais avec cuti-réaction positive.

Interprétation. — Il est possible d'admettre le rôle important de la *contagion conjugale* chez ce malade qui, dans ses antécédents personnels et familiaux, ne présente aucun indice de tuberculose.

OBSERVATION CCLXXXII

Mme C... Jeanne, 23 ans, comptable, salle Potain, n° 21.

Histoire de la malade. — En dehors de la rougeole, dans la première enfance, elle n'a jamais présenté le moindre incident pathologique. A 18 ans, elle est entrée comme employée dans un bureau, petit, mal aéré, où elle a travaillé pendant 6 mois côte à côte avec une jeune femme qui toussait et crachait et qui a été traitée depuis par un pneumothorax artificiel. Peu après, notre malade fit une pleurésie droite non ponctionnée, et qui guérit en trois semaines.

Depuis, elle toussait assez fréquemment, mais sans être obligée de s'aliter. Il y a trois mois, six semaines après une grossesse normale, sans allaitement, la fièvre s'est installée en même temps qu'une légère hémoptysie.

Etat actuel des lésions. — A droite : taches confluentes avec aspect en mie de pain au niveau du tiers supérieur du champ pulmonaire. Cul-de-sac fermé.

A gauche : accentuation très marquée des ombres hilaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort alcoolique à 41 ans.

Mère. — Bien portante, âgée de 62 ans.

Trois frères et deux sœurs, tous bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Mari et enfant bien portants.

Interprétation. — Il semble qu'on puisse incriminer le rôle important de la *contagion* qui paraît avoir été le point de départ de l'évolution actuelle favorisée par la *grossesse*.

OBSERVATION CCLXXXV

Mme C... Charlotte, 29 ans, ménagère, salle Potain, n° 12.

Histoire de la malade. — En dehors de la rougeole et de la varicelle, elle n'a fait aucune maladie grave et a toujours été très robuste.

Mariée à 17 ans, en 1912, elle supporte deux grossesses normales avec allaitement prolongé, sans incident.

En 1917, son mari revient des armées, après une réforme à 100 % pour tuberculose pulmonaire ouverte. Il meurt, 6 mois après, à l'hôpital de la Charité, il n'y a eu que 3 mois et demi de contact vrai, conjugal.

En 1920, la malade se remarie et devient enceinte. Elle fait une hémoptysie sans lendemain, au 5^e mois de cette grossesse qui se termine normalement. Mais elle reste amaigrie, fatiguée, toussant continuellement. Une poussée évolutive en 1922

l'amène à Laënner d'où elle est envoyée à Brevannes. Nouvelle poussée actuelle, sans cause favorisante.

Etat actuel des lésions. — Infiltration diffuse de l'hémithorax droit avec taches et marbrures disséminées, image cavitaire à la partie moyenne de la clavicule.

A gauche : gros foyer de densification juxta-hilaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 63 ans, d'hémiplégie.

Mère. — Morte à 49 ans, d'ascite (?).

Cinq frères et sœurs, tous bien portants, mariés, plus âgés que la malade.

Second mari. — Visité et reconnu indemne de tuberculose.

Trois enfants : les deux aînés, du premier mari, sont morts à 21 mois et deux ans et demi, de méningite (?).

Le dernier est actuellement élevé à la campagne et bien portant.

Interprétation. — *Contagion conjugale* probable n'ayant manifesté son activité que 2 ans après la fin du contact, à l'occasion d'une grossesse.

OBSERVATION CCLXXXVII

Mme V... Adèle, 40 ans, ménagère, salle Bouillaud, n° 17.

Histoire de la malade. — Très solide et résistante dans l'enfance et l'adolescence, elle s'est mariée à 20 ans et a supporté vaillamment 4 grossesses avec allaitement. En 1917, son mari est réformé pour tuberculose pulmonaire ouverte et rentre au foyer conjugal. Peu après, elle devient enceinte et après l'accouchement elle commence, en décembre 1918, une poussée tuberculeuse sévère. Elle s'améliore cependant et jusqu'à l'hiver dernier, aucun incident à signaler. En février 1924, apparition rapide de signes d'imprégnation bacillaire suivis d'une évolution progressive, sans rémission.

Etat actuel des lésions. --- Infiltration bilatérale cavitaire très étendue.

Histoire familiale. — Père et mère. — Encore vivants et bien portants, n'ont jamais toussé.

Pas de collatéraux.

Mari. — Mort en 1920, de tuberculose pulmonaire.

Un enfant, mort en 1911 d'entérite à 6 mois.

Un enfant, mort en 1917, à 4 ans, de croup.

Deux enfants, bien portants.

Un enfant, mort en 1921, de méningite tuberculeuse.

Interprétation. — Il semble que le rôle de la *contagion conjugale* associée à l'action favorisante de la *grossesse* a été déterminante dans cette observation.

OBSERVATION CCXCVI

M. D... Henri, 26 ans, employé de banque. Consultation.

Histoire du malade. — Ne signale aucune autre maladie qu'un rhumatisme blennorrhagique sévère à 19 ans. Il a fait deux ans de service militaire sans aucune indisposition et depuis 4 ans, il est employé dans une banque. En 1920, il se lie avec un camarade de bureau et bientôt ils décident d'habiter ensemble. En décembre 1920, après une cohabitation intime de 7 mois, ce camarade qui toussait depuis longtemps, tombe brusquement malade et meurt, après 8 mois d'hôpital, de tuberculose pulmonaire. A cette époque, notre malade a été examiné radiologiquement et reconnu indemne. Il continue d'ailleurs à se bien porter, mais en janvier dernier, il commence, à la suite d'un *refroidissement*, une bronchite qui « n'en finit pas ».

Etat actuel des lésions. — A droite : diminution de transparence de la totalité de l'hémithorax avec taches et marbrures sous la clavicule. Petite image cavitaire à l'union du quart inférieur et des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire.

A gauche : traînée d'ombre interlobaire avec fines marbrures.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'un cancer à la langue à 43 ans.

Mère. — Morte démente à 41 ans.

Un seul frère, mort dans la première enfance (?)

Interprétation. — Il y a eu ici un contact suspect, peu prolongé il est vrai, il y a trois ans et demi. Il est possible qu'il ait été une source active de contagion.

DEUXIEME CATÉGORIE

(Suite)

A) Primo-Infection pauvre (suite)

**b) Malade n'ayant pas présenté de contagion
nouvelle, mais chez lesquels
on peut incriminer une cause favorisante**

OBSERVATION XV

M. Lep..., 37 ans, mécanicien, salle Louis, n° 15.

Histoire du malade. — A toujours habité Paris.

Aucun passé pathologique à signaler. Le malade a fait son service militaire et la guerre dans l'infanterie sans évacuation, cependant en 1916, il aurait eu une bronchite et serait depuis cette époque un toussueur habituel.

Ce n'est qu'il y a deux mois, que, brusquement, après un refroidissement, surviennent : un point de côté gauche, une fièvre élevée, une expectoration abondante. Cet état fébrile avec amaigrissement profond se maintient encore actuellement.

Etat actuel des lésions. — Taches et marbrures de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit.

A gauche : foyer d'ombres péri-hilaires.

Histoire familiale. — Son père, âgé de 76 ans, sa mère, âgée de 71 ans, deux frères et une sœur, sa femme et deux enfants sont tous bien portants et indemnes de tuberculose.

Interprétation. — On ne trouve pas de contagion récente.

Le malade n'avoue aucun surmenage, ni privation ; pour

lui, c'est un *chaud et froid accidentel* qui est le point de départ de sa maladie.

OBSERVATION XVI

Mlle Lou... 20 ans et demi, employée de bureau, Piorry, n° 18.

Histoire de la malade. — A toujours habité Paris.

Enfance chargée de maladies diverses : à 3 ans et demi : broncho-pneumonie ; à 5 ans : congestion pulmonaire ; à 7 ans, rougeole non compliquée ; à 7 ans et demi, variole ayant laissé des cicatrices discrètes sur le visage. En 1918, à 15 ans, *grippe compliquée de manifestations pulmonaires* durant trois semaines.

Depuis cette grippe, a toujours toussé.

Entre, en 1920, comme employée dans un bureau commercial et pendant deux ans sa santé s'améliore. En juin 1922, apparaissent des signes profonds d'imprégnation bacillaire. En novembre, s'installe une poussée fébrile intense ayant évolué sans régression jusqu'à présent.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des trois quarts supérieurs du poumon droit avec cavités multiples.

A gauche : taches fines et confluentes sous la clavicule.

Histoire familiale. — Aucun antécédent héréditaire ni collatéral au point de vue bacillose. Son frère et sa sœur sont au contraire très forts, mais il est à noter qu'ils sont tous deux plus âgés que la malade et qu'ils ont quitté le foyer familial depuis plusieurs années.

Interprétation. — Aucune notion de contagion récente ne peut être relevée dans l'entourage de la malade. On ne peut non plus retrouver aucune cause favorisante à cette éclosion récente : la malade a toujours mené une vie saine et régulière. Il semble s'agir d'une primo-infection probablement pauvre, mais mal cicatrisée en raison des nombreux accidents

de l'enfance et réveillée sous l'influence d'une *grippe pulmonaire*.

OBSERVATION XXXI

Mme V..., 20 ans, mécanicienne, salle Quesnay, n° 10.

Histoire de la malade. — A toujours habité Paris. En dehors d'une scarlatine à l'âge de 12 ans, n'a jamais été malade et exerçait depuis 4 ans la profession très dure de mécanicienne dans la chaussure.

Mariée l'an dernier, elle devient progressivement fatiguée, amaigrie, et commence à tousser légèrement en avril dernier et c'est dès le début qu'on dépiste une tuberculose discrète.

Etat actuel des lésions. — A droite : aspect radiologique normal.

A gauche : rétraction costale et diaphragmatique, taches discrètes sur la moitié supérieure du champ pulmonaire.

Calcifications marquées au niveau du hile.

La présence de bacilles dans l'expectoration n'a pu être mise en évidence que par l'inoculation positive au cobaye.

Histoire familiale. — Aucun antécédent familial ni collatéral de tuberculose.

Mari examiné au dispensaire et reconnu indemne.

Ni grossesse, ni fausses-couches.

Interprétation. — L'origine exacte de cette tuberculose nous échappe. Il est probable que la primo-infection fut paucibacillaire comme celle de la majorité des citadins et qu'il s'agit d'un réveil discret. La malade incrimine un gros *surmenage de travail et des privations* : il faut y ajouter une *activité génitale récente* dont il est facile de faire convenir la malade.

OBSERVATION XLIX

Mme Fer... Germaine, 21 ans, femme de ménage, salle Quesnay, n° 6.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade n'a jamais eu d'autre maladie qu'une crise rhumatismale bénigne à l'âge de 13 ans, qui lui a laissé une *insuffisance mitrale* bien compensée.

Mariée à 19 ans (en décembre 1921), elle fait en juillet 1922 une *fausse-couche de trois mois suivie de curettage*. C'est après cet incident qu'elle commence à maigrir et à tousser ; mais elle peut continuer à travailler. C'est en novembre, à la suite d'une hémoptysie d'ailleurs légère, qu'elle doit s'aliter. Depuis, la maladie a été rapidement évolutive.

Etat des lésions à l'entrée (mars 1923). — Rien à droite.

Opacité du tiers supérieur du poumon gauche, avec spéléonque au sommet et mie de pain sous la clavicule.

Pneumothorax tenté mais rendu impossible par des adhérences.

Etat des lésions (juin 1923). — A gauche : lésions très étendues avec cavités multiples.

A droite : aspect en nid d'abeilles dans les trois quarts supérieurs avec maximum dans la région périhilaire.

Histoire familiale. — Mère. — Morte cardiaque à 40 ans.

Père, deux frères et une sœur en excellente santé.

Mari. — Bien portant, a fait toute la guerre et n'a jamais toussé.

Interprétation. — Dans l'histoire de cette jeune femme qui n'a connu ni les privations, ni le surmenage, qui était « heureuse en ménage », la seule cause que nous puissions invoquer au réveil d'une tuberculose dont nous ignorons d'ailleurs l'origine, c'est la *fausse-couche récente avec curettage*.

OBSERVATION L

M. C... Louis, 31 ans, menuisier, salle Louis, n° 12.

Histoire du malade. — Le malade, élevé à Paris, ne se rappelle d'aucune indisposition autre que la rougeole au cours de son enfance et de son adolescence. Il a commencé à travailler à 16 ans. Il part au service militaire en 1913, et fait ensuite toute la guerre dans l'infanterie, sans maladie ; en 1915, à la suite d'une contusion thoracique, légère, sans fracture de côte, il passe 8 jours à l'ambulance et revient au front après 8 jours de convalescence. Après la guerre il se marie et reprend son travail sans fatigue, ni surmenage.

En mars 1922, il y a un an, le malade contracte à la suite d'un *refroidissement* une grosse bronchite aiguë, fébrile, qui se complique bientôt de laryngite. Il continue à tousser tout l'été ; en octobre, il est de nouveau obligé de se coucher 3 semaines à cause d'une reprise fébrile et enfin, en avril 1923, son état général s'est progressivement altéré à un tel point qu'il est forcé d'entrer à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche : infiltration des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire avec images cavitaires multiples dont plusieurs sous la clavicule.

A droite : marbrures et taches assez denses entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1912 d'une affection abdominale mal connue qui l'emporte en 6 jours.

Mère. — Morte en 1920, à 62 ans, n'a jamais toussé.

Trois sœurs mariées et bien portantes.

Femme et enfant. — En bonne santé.

Interprétation. — Voici donc, à notre avis, un cas de réveil tardif, d'une primo-infection probable (pauvre, banale, ancienne, ne s'étant jamais manifestée, même au cours d'une campagne très dure) nettement en rapport avec une infection aiguë, suite de *refroidissement*.

OBSERVATION LIII

M. Ph..., 64 ans, cordonnier, salle Chomel, n° 5.

Histoire du malade. — Ce vieillard, de souche paysanne, n'est venu à Paris qu'à 30 ans, après son mariage. Il s'installe dans une échoppe de savetier où il passera toute son existence. A 36 ans, il est atteint d'une bronchite aiguë qui l'amène à l'hôpital et qui guérit rapidement. Mais vers l'âge de 43 ans, il alla de nouveau consulter parce qu'il toussait et apprit qu'il était atteint de bronchite chronique. Depuis, il a toujours toussé et craché, mais n'a jamais fait qu'un seul accident aigu, il y a 10 ans, qui fut étiqueté pneumonie, mais qui le tint au lit pendant 5 semaines.

En avril dernier, survint une nouvelle « grosse bronchite » qui l'amena à l'hôpital et qui paraît être une poussée évolutive très active.

Etat actuel des lésions. — A droite : infiltration dense du lobe supérieur avec image cavitaire; au niveau des deux tiers inférieurs : taches et marbrures discrètes.

A gauche : accentuation des ombres bronchiques inférieures.

Histoire familiale. — Parents. — Mort de vieillesse, il y a 20 ans à la campagne.

Un seul frère, encore vivant, âgé de 59 ans.

Sa femme l'a quitté depuis 13 ans, n'ayant jamais été malade. A eu 11 enfants, dont 3 morts en bas âge, un mort à 14 ans de méningite tuberculeuse, deux tués à la guerre et une fille morte récemment, à 17 ans, de tuberculose péritonéale.

Les 4 survivants sont les trois aînés et le 6^e ; ils sont actuellement bien portants, mais l'un d'eux (le 3^e) a perdu 2 enfants de méningite tuberculeuse.

Interprétation. — Il paraît s'agir d'une vieille tuberculose fibreuse parfaitement supportée jusqu'ici et qui prend actuellement une allure caséuse. La cause de cette poussée est

difficilement explicable chez ce vieillard qui ne connaissait pas la misère et qui venait de cesser son travail. On note chez lui un *alcoolisme chronique* assez important, mais qui date de très loin et ne s'accompagne d'aucune signe clinique d'insuffisance hépatique.

OBSERVATION LIV

Mme D..., 26 ans, sans profession, salle Piorry, n° 8.

Histoire de la malade. — Née et élevée en Corse, la malade est venue à Paris il y a 5 ans. Elle a eu la rougeole étant enfant, des rhumes assez fréquents, mais elle n'a jamais toussé. C'est une femme très robuste avec une légère tendance à l'obésité.

En août dernier, il y a 8 mois, elle s'est mariée avec un homme bien portant, qui a fait toute la guerre et n'a jamais toussé.

Il y a trois mois, dans le courant d'avril, elle prit froid en allant faire un voyage en banlieue et rentra chez elle frissonnante et fébrile. Elle toussa quelques jours et un médecin parla de bronchite légère ; mais peu à peu, elle perdit l'appétit et la fièvre s'alluma. Malgré son bon état général, elle consulte et apprend avec étonnement qu'elle est sérieusement malade.

Elat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaires bilatérales à évolution rapide.

Histoire familiale. — Il n'y a jamais eu de tuberculose dans sa famille.

Son père est mort à 42 ans d'une maladie de cœur.

Sa mère, ses deux frères et ses deux sœurs sont bien portants.

Elle habite avec son mari et son beau-père, tous deux sains, et n'a jamais eu ni fausse-couche ni grossesse.

Interprétation. — L'origine de cette tuberculose nous échap-

pe et la facilité avec laquelle se développe une forme ulcéro-caséuse rapide étonne quelque peu. La malade, de classe très aisée, n'avait ni privation, ni surmenage, et le seul incident notable à retenir, c'est le *refroidissement* qu'elle invoque comme point de départ de sa maladie.

OBSERVATION LXI

M. Lou..., 23 ans, représentant de commerce, salle Chomel, n° 10.

Histoire du malade. — Deux maladies de l'enfance sont restées dans son souvenir : la diphtérie à 5 ans et la rougeole à 7 ans, suivie d'une otite devenue chronique. Dans le courant de son adolescence, il est plutôt solide et peut faire des études sans interruption.

A 20 ans, il est ajourné à la conscription sans cause apparente, mais repris l'année suivante, il accomplit 18 mois de service militaire dans l'artillerie, sans incident.

En rentrant au foyer, il se sent fatigué et accuse quelques troubles digestifs et trois mois après, en août 1922, il est hospitalisé pour *para-typhoïde*.

A peine est-il convalescent depuis 3 semaines que survient une congestion pulmonaire gauche, à la suite de laquelle il continue à tousser et à faire des poussées fébriles. Vu en dispensaire en octobre, il est envoyé à Pau où il s'améliore au point de pouvoir reprendre ses occupations en janvier 1923. Il accomplit quelques voyages fatigants nécessités par sa profession, prend froid et s'alite de nouveau.

Etat actuel des lésions. — A gauche : rétraction thoracique, foyer d'ombre occupant toute la moitié supérieure du champ pulmonaire avec spéléonque.

A droite : quelques marbrures peu denses au-dessus du pédicule pulmonaire.

Histoire familiale. — Enfant unique, le malade a encore

son père et sa mère, tous deux bien portants, avec lesquels il a toujours habité Paris.

Interprétation. — Aucune contamination récente ne peut être décelée, et il semble qu'il faille admettre le réveil d'une primo-infection ancienne, pauvre et jusque-là inactive, consécutivement à une *para-typhoïde* et dont la congestion pulmonaire paraît marquer le premier épisode évolutif.

OBSERVATION LXIII

Mlle Bat... Denise, 16 ans, ouvrière dans une fabrique de chaussures, salle Piorry, n° 14.

Histoire de la malade. — A toujours habité la banlieue avec sa famille, dans de bonnes conditions hygiéniques et en dehors de la rougeole et de la coqueluche, elle n'a jamais eu de maladie importante et en particulier jamais de bronchite.

Depuis l'an dernier, elle est entrée dans une usine de chaussures à Paris et son travail lui paraît pénible, d'autant plus qu'elle voyage matin et soir dans les trains de banlieue, ce qui retarde le moment du repos. De plus, le repas de midi pris dans la cour de l'atelier est habituellement frugal.

C'est peu à peu qu'elle devient asthénique, amaigrie. En avril 1923, elle commence à tousser ; en mai, la fièvre s'allume.

Etat actuel des lésions. — A gauche : rétraction costale supérieure. Obscurité de la moitié supérieure avec marbrures sans caverne.

A droite : aspect normal.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Deux frères et une sœur, robustes et en bonne santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Nous ne trouvons nulle part l'origine de cette tuberculose, favorisée cependant nettement par le *surmenage de travail*.

OBSERVATION LXVII

Mme Wal... Amélie, 33 ans, manutentionnaire, salle Quesnay, n° 20.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, la malade a eu la rougeole à 8 ans et la variole à 13 ans. Depuis, elle a toujours été bien portante. Mariée à 21 ans, elle eut deux grossesses successives bien supportées. L'hiver dernier, à la suite d'un refroidissement, elle fit une grosse bronchite, avec « engorgement » du poumon gauche, qui la tint un mois au lit. Elle était bien remise et ne toussait plus, quand en février 1923 survint un nouvel épisode analogue, plus grave cette fois, accompagné de fièvre et de laryngite. Dès cette époque, l'expectoration fut reconnue bacillaire.

Etat actuel des lésions. — A gauche : obscurité de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec cavité sous la clavicule.

A droite : condensation périscissurale avec aspect en mie de pain.

Histoire familiale. — Père. — Mort de bronchite chronique à 63 ans.

Mère. — Bien portante.

Notre malade est l'aînée d'une famille de 5 enfants, dont la dernière est morte à 25 ans, en 1922, au 7^e mois d'une grossesse, de tuberculose.

Les autres sont bien portants.

Mari et deux enfants âgés de 9 et 10 ans, bien portants.

Interprétation. — Notre malade n'a eu aucun contact avec sa sœur tuberculeuse qui avait quitté le milieu familial depuis 3 ans.

Il est difficile d'expliquer chez elle le réveil progressif d'une bacillose de primo-infection, autrement que par le rôle favorisant d'un épisode pulmonaire aigu en 1922. Notons que deux grossesses ont été bien supportées.

OBSERVATION LXVIII

Mme Bord... Henriette, 24 ans, sans profession, salle Quessanay, n° 1.

Histoire de la malade. — N'a pas de passé pathologique. Est tombée malade pour la première fois après une grossesse bien supportée et terminée à terme : les signes d'impregnation bacillaire se sont installés progressivement et sans rémission.

Etat actuel des lésions. — A gauche : Infiltration des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec images cavitaires multiples. Rétraction costale très marquée.

A droite : infiltration de la moitié supérieure avec maximum entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a 21 ans, d'une affection pulmonaire aiguë.

Mère. — Morte en 1920 de bronchite chronique.

Un frère, bien portant, âgé de 27 ans.

Mari. — Indemne de tuberculose.

Interprétation. — Il s'agit du réveil d'une primo-infection jusque-là inactive, sous l'influence de l'accouchement.

OBSERVATION LXXVI

M. Gaz..., 18 ans, vendeur, salle Chomel, n° 2.

Histoire du malade. — Après une scarlatine grave à 9 ans, le malade suit pendant 2 ans un régime pour albuminurie, puis il est envoyé à la campagne, très débilité.

A 14 ans, il revient à Paris, commence à travailler comme garçon de courses. Pendant 2 ans, il est tout à fait bien portant. En 1921, en février, alors qu'il est vendeur à l'étalage, il contracte une bronchite grave. En mai, une rechute le fait partir pour la campagne. Dès son retour, en octobre, il recommence à tousser et cette fois il est envoyé à Brévannes

où pendant 3 mois il fait une forte poussée fébrile. De nouveau, il fait un séjour à la campagne, mais cette fois, il n'y a plus d'amélioration et il revient dans le service dans un état de cachexie marqué.

Etat actuel des lésions. — A gauche : rétraction costale, lésions diffuses des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec taches plus foncées sous la clavicule.

A droite : aspect normal.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Deux frères plus âgés, indemnes de tuberculose.

Interprétation. — Il semble s'agir du réveil d'une primo-infection de l'enfance d'origine d'ailleurs inconnue, favorisée au début par un régime débilitant ; activement réveillée à la suite d'un refroidissement.

OBSERVATION LXXVII

M. Car..., 48 ans, emballeur, salle Chomel, n° 3.

Histoire du malade. — Le malade ne se souvient d'aucune autre maladie qu'une bronchite légère à 21 ans, au cours de son service militaire qu'il accomplit d'ailleurs sans autre incident.

Marié à 24 ans et travaille très fort et... boit beaucoup, mais jusqu'à la guerre il est bien portant. Mobilisé dans l'infanterie, il est atteint par les gaz en juillet 1915 très sérieusement. Après 4 mois d'hôpital et 3 mois de convalescence, il revient au front en mai 1916, mais il est évacué le mois suivant pour hémoptysie. Cependant après un an de séjour dans une station sanitaire, il est renvoyé aux armées où il reste jusqu'à la fin de la guerre. Il ne se sent d'ailleurs plus malade et rentré dans ses foyers il reprend son travail sans incident jusqu'en 1921.

A ce moment, en décembre, une nouvelle hémoptysie soignée à Tenon le fait reconnaître bacillaire pour la première fois et réformer 100 %.

Depuis cette époque, il ne s'est jamais remis.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-cavitaire des deux tiers supérieurs des deux poumons.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 65 ans de maladie de cœur.

Mère. — Morte à 56 ans d'ictère (?).

Femme bien portante.

Trois enfants en bonne santé (âgés de 22, 21 et 16 ans).

Une fille née après la guerre est morte à 6 mois de méningite (?).

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection probablement pauci-bacillaire à la suite d'une grave intoxication par les gaz de combat.

OBSERVATION LXXXVIII

M. Ca..., 37 ans, manoeuvre, salle Corvisart, n° 4.

Histoire du malade. — Venu à Paris, à l'âge de 23 ans, le malade n'a présenté aucune espèce d'antécédent pathologique. Il a fait son service militaire, puis toute la guerre dans l'infanterie, sans jamais tousser. Depuis ce temps il travaille régulièrement et c'est, il y a trois mois, que, pour la première fois, il a commencé à se sentir fatigué et mal portant. Venu consulter, on lui apprend, à son grand étonnement, qu'il est tuberculeux et il entre à l'hôpital.

Depuis, la maladie évolue avec une allure régulièrement progressive et le mène vers la cachexie.

Etat actuel des lésions. — Obscurité des trois quarts supérieurs du poumon gauche avec images cavitaires.

A droite : sommet taché et marbré.

Histoire familiale. — Père et mère, tués ensemble dans un accident de chemin de fer, il y a 13 ans.

Deux frères morts à la guerre.

Un frère et une sœur bien portants.

Il n'était pas marié et vivait absolument seul.

Interprétation. — L'origine de cette tuberculose paraît inexplicable chez ce sujet et on ne trouve aucune cause valable à l'éclosion de sa maladie. Cependant, notons une tare, important et ancienne : l'alcoolisme, sans aucun signe chronique d'insuffisance hépatique. La cuti-réaction est encore fortement positive (+ + +).

OBSERVATION XCII

M. Pr... Henri, 63 ans, cocher livreur, salle Corvisart, n° 1.

Histoire du malade. — Il s'agit d'un vieux « bronchitique » qui tousse depuis plus de 20 ans et qui, chaque hiver, fait un stage à l'hôpital pour bronchite. Il ne se souvient que d'une maladie grave : la fièvre typhoïde à 20 ans. Il ne s'est jamais marié et habitait avec sa mère morte, il y a 3 ans, à 81 ans.

Il y a 4 mois, il prit froid sur le siège de sa voiture par temps de pluie et il fit une *pleurésie sérofibrineuse* droite lymphocytaire, ponctionnée deux fois ; après un mois de convalescence, il se sent trop fatigué pour reprendre encore son travail et à son arrivée dans le service on constate la présence d'une tuberculose ulcéreuse, fébrile et évolutive.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure de l'hémithorax droit avec aspect pommelé, sous la clavicule, et vaste spéléonque contre la paroi externe.

A gauche : aspect en nid d'abeilles entre la hile et la clavicule.

Antécédents. — Père. — Mort à 71 ans de vieillesse.

Mère. — Morte à 81 ans de vieillesse.

Pas de collatéraux.

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose fibreuse évoluant depuis de longues années. Il est curieux de constater à 61 ans, un réveil brusque de l'affection par pleurésie, suivie

d'une évolution caséuse, sous l'influence d'un « coup de froid ».

OBSERVATION XCV

M. Mal... Henri, 38 ans, mécanicien, salle Corvisart, n° 9.

Histoire du malade. — En dehors de la diphtérie à 7 ans, le malade ne se souvient d'aucun incident grave. Il a fait son service militaire, puis est venu s'installer à Paris. *Il fait toute la guerre sans maladie* : deux ans dans l'artillerie de campagne et deux ans et demi comme mécanicien dans une section de camions automobiles. A son retour, il continue à travailler dans un atelier de réparations automobiles.

En 1921, à la suite d'un *refroidissement*, survient une *pleurésie séro-fibrineuse*, ponctionnée et guérie en 9 semaines. L'an dernier, en novembre, il commence à tousser à la suite d'un nouveau refroidissement et peu à peu, sa maladie progresse. Il doit cesser son travail en mai 1924 et vient à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Père. Mort à 75 ans, asthmatique.

Mère, bien portante, ne tousse pas.

Un frère, mort de « chaud et froid » en 1911 (malade 15 jours).

Une sœur morte en couche.

Une sœur morte à 11 ans de convulsions (?).

Femme. — Bien portante. Pas d'enfants.

Interprétation. — Nous ne trouvons aucune cause à l'éclotion récente de cette tuberculose, à début pleural. Le malade accuse les *refroidissements* fréquents auxquels l'exposait sa profession, mais il n'a jamais connu ni surmenage, ni privations.

OBSERVATION CIII

M. Lo... Célestin, 44 ans, maçon, salle Corvisart, n° 27.

Histoire du malade. — A toujours habité la campagne et jusqu'en février dernier, n'a jamais été malade. Il s'agit d'un homme très musclé, solide et sans aucune tare.

Il a fait son service militaire et mobilisé au début de la guerre, il fut fait prisonnier après trois mois de campagne dans l'infanterie. 33 mois de captivité ne l'ont nullement affaibli et dès son retour il reprend son métier.

Pendant son absence, sa femme, tombée malade en 1915, est morte tuberculeuse en 1916 à l'hôpital Laënnec.

En février 1924, alors qu'il travaillait sous la neige, il fut atteint de *congestion pulmonaire aiguë*, avec température à 40° pendant 5 jours, suivie 15 jours après d'une rechute, du même type, et prolongée 3 semaines. Dès sa sortie de l'hôpital de Baulier où il était soigné, il commence à maigrir, à tousser et à sentir une asthénie profonde. En mai, il crache du sang et entre à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale, très étendue, à évolution rapide. Mort le 25 juin 1924.

Histoire familiale. — Père. — Mort de vieillesse à 61 ans.

Mère. — Vivante et bien portante.

Deux frères et deux sœurs, plus âgés que le malade et bien portants.

Femme. — Bien portante au moment du mariage, enceinte en 1914, au moment de la guerre. Devient malade 4 mois après l'accouchement, au cours de l'allaitement et meurt en 1916 de tuberculose pulmonaire.

Enfant. — Agé de 9 ans, bien portant.

Du côté de la femme, notons :

Que son père est mort tuberculeux en 1906.

Que ses deux frères sont morts, l'un à 20 ans de méningite tuberculeuse, et l'autre à 17 ans de tuberculose pulmonaire.

Interprétation. Notre malade n'a jamais été exposé à la

contagion tuberculeuse, ni auprès de sa femme, ni auprès des parents de sa femme qu'il ne voyait jamais. Il n'a jamais présenté d'accident pulmonaire jusqu'à l'âge de 44 ans, et c'est un épisode infectieux aigu, qui semble révéler des lésions très anciennes.

Quant à la tuberculose de sa femme, elle paraît nettement d'origine familiale et réveillée par la grossesse. Voici donc encore un cas de tuberculose de conjoints qui n'est pas une tuberculose conjugale.

OBSERVATION CVIII

M. A... Lucien, 24 ans, mécanicien, salle Louis, n° 9.

Histoire du malade. — Après une enfance passée à Paris, indemne de maladie, le malade très solide et très bien portant, s'engage à 18 ans dans l'infanterie et accomplit sept mois de campagne très dure, sans blessure ni maladie.

Mais au début d'avril 1919, alors qu'il est encore mobilisé, il contracte une grippe épidémique sévère, avec complication pulmonaire, durant trois semaines et suivie d'une asthénie très intense et très prolongée.

Trois mois après il commence à tousser et en 1921, à la suite d'une grande fatigue, il fait un épisode évolutif avec fièvre durant 2 mois. Nouvelle poussée plus bénigne en mai 1922 et enfin poussée actuelle remontant à juin 1923 sans aucune cause apparente.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du sommet gauche avec maximum péri-hilaire où on note un aspect en mie de pain. Rétraction costale.

A droite : normal.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Parents vivants et bien portants, n'ont jamais toussé.

Pas de collatéraux.

Aucun cas de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection paucibacillaire par la *grippe épidémique avec complications pulmonaires*.

OBSERVATION CXI

M. Sal... 19 ans, étudiant en pharmacie, salle Louis, n° 3.

Histoire du malade. — N'a jamais été malade pendant l'enfance, ni pendant l'adolescence. Il vient à Paris en 1914, à 9 ans, pour entrer en pension. Ses études terminées, en 1922, il entre comme élève pharmacien dans une officine. Il y fait un travail facile, dans un local sain et ne s'est en particulier jamais occupé d'examen de crachats.

Mais depuis l'an dernier, il se livrait à un *entraînement sportif* intense au point de vue natation. Trois fois par semaine, après son travail, il se rendait à la piscine et restait en moyenne deux heures à l'eau, et fournissait un effort intense en vue d'un championnat. Le 15 janvier dernier, en sortant du bain, il est pris d'un *refroidissement* subit et obligé de se coucher. Cet épisode aigu et fébrile ne dure que 5 jours, et bientôt il reprend son travail ; mais il est resté fatigué, commence à maigrir, continue à tousser et perd l'appétit. En mai, sa toux persistante l'inquiète et un examen médical lui révèle une tuberculose avancée ; actuellement il est cachectique.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale, limitée aux deux lobes supérieurs.

Histoire familiale. — Père. — Mort cardiaque, il y a 16 ans.

Mère. — Bien portante.

Pas de collatéraux.

Interprétation. — Aucune contagion récente ne peut être relevée ; il s'agit sans doute d'un réveil d'une primo-infection

pauvre sous l'influence d'un *surmenage sportif intense* et favorisé par un épisode pulmonaire aigu.

OBSERVATION CXII

M. C... Emilien, 17 ans, imprimeur, salle Louis, n° 11.

Histoire du malade. — Le malade né paraît avoir présenté dans l'enfance aucune affection grave, mais d'aussi loin qu'il se rappelle, était sujet à des crises d'essoufflement et de tachycardie, qui l'arrêtaient dans ses jeux et plus tard, lui interdirent de « faire de la bicyclette ». Mais ce n'est qu'en 1920, à la suite d'un examen médical fortuit (furunculose) qu'on lui trouve une lésion cardiaque : *rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire*.

En 1921, il fait une crise de *chorée* ; mais comme il avait eu auparavant une période aiguë avec somnolence et diplopie, il est probable qu'il s'agit d'une *chorée post-encéphalitique*. Il fut traité pendant 6 mois par les arsenicaux et par l'urotropine et actuellement ne présente plus que quelques manifestations très atténuées.

En janvier 1923, son frère jumeau devient malade, toussant et crachant, mais comme il ne consulte qu'en juillet, notre sujet continue à coucher avec lui jusqu'à cette époque. Il se fait alors examiner au dispensaire de la rue Chevaleret, où, après radiographie, on le déclare indemne de bacilliose.

En février 1924, 7 mois après la fin du contact suspect, il commence à tousser et à maigrir ; en mars, brusquement, survient un épisode pneumonique qui dure 3 semaines avec température aux environs de 40 et expectoration sanguinolente.

Etat actuel des lésions. — Lobite supérieure droite typique.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père et mère bien portants, n'ont jamais toussé.

Un frère jumeau, mort en décembre 1923 de tuberculose pulmonaire.

Un frère âgé de 14 ans, sourd-muet, non tuberculeux.

Interprétation. — Au dire du malade, son frère jumeau était également atteint de malformation cardiaque. Ils ont tous deux partagé toujours la même vie, travaillant au même atelier, ayant les mêmes camarades. On ne peut trouver la cause de la tuberculose chez le premier, mais chez notre malade, le rôle de la contagion a pu intervenir, bien que le premier épisode se soit produit 7 mois après la fin du contact.

Quoiqu'il en soit, le rôle favorisant du rétrécissement pulmonaire peut être invoqué chez les deux frères.

OBSERVATION CXVII

M. B..., 45 ans, salle Rabelais, n° 9.

Histoire du malade. — Ne se souvient d'aucune maladie de l'enfance. C'est en rentrant du service militaire qu'il tombe malade pour la première fois : en 1904, à 25 ans, il est atteint d'une *pleurésie séro-fibrineuse* qui nécessite plusieurs ponctions évacuatrices. Mais il se remet parfaitement et jusqu'à la guerre ne signale aucune indisposition. Fait *prisonnier* dès le début des hostilités, il passe 5 années très dures, souffrant de la faim et surtout déjà de la soif. Il fait quelques rhumes sans importance l'hiver et revient en France en bonne santé apparente. Dans le courant de 1918, son appétit devient impérieux, et la soif augmente. C'est seulement fin 1919 qu'on lui découvre un *diabète*.

Il s'agit d'un diabète avec dénutrition azotée et acidose qui le mène rapidement au coma. Le traitement par l'insuline conjure cet accident, mais son diabète continue à évoluer avec une acidose à peu près constante, *résistant au régime et à l'insuline* qu'il reçoit d'une façon continue depuis près d'un an à la dose de 30 unités cliniques par jour.

A l'entrée dans le service, le 11 décembre 1923, une radiographie des poumons ne montre aucune lésion pulmonaire. Les sommets sont remarquablement clairs : il n'y a pas de rétraction costale et aucun reliquat de la pleurésie ancienne.

Bientôt cependant il commence à tousser et quelques râles secs apparaissent à la partie moyenne du poumon gauche. En juin, il commence à cracher assez abondamment et après plusieurs examens négatifs, cette expectoration se montre un peu bacillaire. L'examen radiologique, fait en juin 1924, montre l'existence de foyers d'ombres disséminés dans le champ pulmonaire gauche avec maximum à la partie moyenne avec spéléonque. A droite : taches et marbrures disséminées dans les deux tiers inférieurs.

La cuti-réaction positive faible à l'entrée (+ +) conserve toujours les mêmes caractères. La température dépasse exceptionnellement la normale.

Il s'agit bien d'une tuberculose « sèche, froide, sans réaction », comme celle qu'on rencontre habituellement chez les diabétiques.

Histoire familiale. — Père. — Vivant et bien portant.

Mère. — Morte à 48 ans de tuberculose pulmonaire, il y a 17 ans.

Un frère mort à la guerre.

Trois frères et une sœur : bien portants, indemnes de tuberculose.

Le malade est marié : sa femme et ses deux enfants sont bien portants.

Interprétation. — Il semble ici incontestable que le diabète grave avec dénutrition azotée et acidose a joué un rôle primordial dans le réveil d'une tuberculose qui s'était manifestée à 25 ans par une pleurésie, mais qui avait résisté à cinq ans de dure captivité.

OBSERVATION CXVIII

M. Gu... Jules, 42 ans, /journalier salle Corvisart, n° 8.

Histoire du malade. — Breton, il est arrivé à Paris, il y a 14 ans, en pleine santé et n'ayant jamais connu la maladie auparavant. En 1913, il entre à l'hôpital pour une *congestion pulmonaire* guérie en 15 jours. Puis il est mobilisé et accomplit toute la guerre comme fantassin, dans des conditions très dure, sans aucun incident pathologique.

En 1918, avant même la démobilisation, il commence à se plaindre de l'estomac : douleurs gastriques survenant 4 à 5 heures après le repas, avec vomissements fréquents. Ces troubles, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, s'accroissent de plus en plus, et bientôt on porte le diagnostic d'*ulcère du pylore*. Il refuse toute intervention et suit un régime sévère qui, d'ailleurs, ne fait qu'espacer les crises sans en atténuer la violence. En 1919, il fait une congestion pulmonaire qui dure trois semaines et à la suite de laquelle il commence à tousser.

En 1922 et 1923, amélioration relative, les crises sont moins fortes, le malade s'alimente mieux et reprend du poids. En décembre 1923 survient une hémoptysie. De nouveau, il suit un régime réduit et tout le début de 1924 se passe à l'hôpital. Il maigrit alors de plus en plus et commence à tousser. En juin, l'état de dénutrition est extrême, la fièvre s'allume et une poussée tuberculeuse évolutive apparaît.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose fibro-caséuse bilatérale à maximum à gauche, avec cavités au niveau des deux sommets.

Les examens cliniques, chimiques et radiologiques confirment l'existence d'une sténose ulcéreuse serrée du pylore, sans dilatation gastrique.

La cuti-réaction est très faible (+).

Histoire familiale. — Père. — Mort à 79 ans de vieillesse.

Mère. — Morte à 77 ans d'accident.

Deux frères morts à la guerre.

Trois sœurs en bonne santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Il paraît s'agir du réveil d'une tuberculose de primo-infection silencieuse, sous l'influence d'une *maladie débilitante*.

OBSERVATION CXIX

M. Bro... Georges, 38 ans, jardinier, salle Corvisart, n° 11.

Histoire du malade. — Jusqu'à la guerre, le malade a passé son existence à Chauny et dit n'avoir fait aucune maladie, sauf une grosse bronchite avec fièvre en 1913, il fait *toute la guerre jusqu'au début de 1918* sans aucun incident pathologique. En mars 1915, il est atteint par les *gaz* de combat et évacué dans un état très grave. Il tousse continuellement et rejette des crachats mousseux et sanguinolents. Pendant 3 mois, il reste à l'hôpital et il en sort non guéri. Quelques mois plus tard, il fait une rechute fébrile, avec expectoration purulente qui est trouvée bacillaire et on le réforme 100 %.

Depuis cette époque, sa tuberculose évolue par poussées, suivant le type ulcéro-caséux et, actuellement, son état est voisin de la cachexie.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 70 ans, d'une maladie de foie.

Mère. — Morte à 69 ans, de la grippe, en 1919.

Une sœur, morte en 1918, de la grippe.

Interprétation. — Le rôle de l'intoxication par les *gaz de combat* paraît indiscutable, dans le réveil d'une primo-infection banale, ancienne, pauci-bacillaire, qui ne s'était pas manifestée jusque-là.

OBSERVATION CXXII

M. Or... Roger, 23 ans, tourneur sur bois, sillé Hanot, n° 5.

Histoire du malade. — Exempt des maladies habituelles de l'enfance, le sujet ne signale comme antécédent pathologique qu'une laryngite aiguë ayant duré 3 semaines, il y a 6 ans, à 17 ans. Il en guérit d'ailleurs très-bien, ne tousse jamais et, reconnu bon pour le service armé, il fait son service militaire dans de bonnes conditions.

Dès son retour au foyer, il commence un *entraînement sportif* intensif après chaque journée de travail : il accomplit en moyenne chaque soir 50 à 60 kilomètres en bicyclette.

En janvier, brusquement, sans cause apparente, il fait une légère hémoptysie pour laquelle il est examiné radiologiquement : on conclut à l'intégrité pulmonaire complète et il se marie deux mois plus tard. Deux mois après son mariage, alors qu'il a cessé tout surmenage sportif, survient une nouvelle hémoptysie, fébrile cette fois et accompagnée d'un gros amaigrissement et de sueurs nocturnes. C'est le début de la poussée évolutive qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche : rétraction costale, trachéale et médiastinale. Grosses densifications surtout confluentes autour du hile. Spélonque volumineuse au sommet et aspect en mie de pain au-dessous.

A droite : quelques taches péri-hilaires avec nombreuses petites calcifications.

Histoire familiale. — Père. — Mort dernièrement à 38 ans. N'a pas toussé.

Mère. — Bien portante.

Une sœur, mariée, âgée de 28 ans, bien portante.

Femme. — A eu une pleurésie, un an et demi avant son mariage (sa mère est morte tuberculeuse il y a 2 ans), actuellement bien portante.

Interprétation. — Aucune contamination récente ne peut

être incriminée. Il s'agit du réveil d'une primo-infection pauvre sous l'influence du *surmenage sportif* d'abord, ensuite d'un *surmenage génital*.

OBSERVATION CXXIV

M. B... Arthur, 28 ans, tourneur, salle Hanot, n° 8.

Histoire du malade. — A toujours vécu à Paris et ne se souvient d'aucune maladie de l'enfance ; en 1914 il est emmené comme prisonnier civil en Allemagne et connaît *cinq ans de captivité* relativement douce, sans privation. Il y contracte la *grippe avec congestion pulmonaire* en 1918, mais guérit complètement en 15 jours.

Après la guerre, il revient à Paris et pour la première fois contracte une bronchite sévère en janvier 1924, sans aucune cause apparente. Sa convalescence est traînante, il continue à tousser et à maigrir et cependant il se marie en mai dernier. Un mois à peine après son mariage s'installent rapidement des signes d'imprégnation bacillaire qui l'amènent au dispensaire.

Etat actuel des lésions. — Densification de la presque totalité du champ pulmonaire gauche avec maximum péri-hilaire, sans image cavitare. Quelques taches floues au niveau du hile droit.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, âgé de 52 ans.

Mère. — Morte à 42 ans, en 1918 de la grippe.

Deux frères morts en bas âge (?).

Trois frères et trois sœurs, bien portants et vivant à la campagne.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Femme. — Examinée au dispensaire et reconnue saine.

Interprétation. — Bien que le malade ait subi une captivité malgré tout débilitante et une grippe pulmonaire en 1918, c'est seulement en 1924 que sa tuberculose fait son apparition

sans cause appréciable et surtout sans contagion massive décelable. A cette époque, dit-il, il n'avait aucun surmenage d'aucune sorte. *L'influence du mariage et des fatigues* qui s'ensuivirent paraît avoir donné un coup de fouet à ces lésions en évolution.

OBSERVATION CXXVI

M. Hue... André, 17 ans, télégraphiste, salle Hanot, n° 9.

Histoire du malade. — Habite Malakoff avec ses parents, depuis son enfance, dans un immeuble surpeuplé mais sain. Il ne signale que la coqueluche comme maladie de l'enfance et il aurait toujours été bien portant.

A 15 ans et demi, il entre comme télégraphiste au bureau de la Bourse. Il se rend matin et soir à son travail, en bicyclette et surtout, il fait chaque soir, 5 heures de *travail supplémentaire* comme garçon dans une épicerie. Il se sent bientôt fatigué et en juin 1923, à la suite d'un *coup de froid* (il avait été mouillé pendant une course à bicyclette) il contracte une *pleurésie droite sèche* qui le tient un mois au lit. Il cesse alors tout surmenage mais continue à tousser sans arrêt. En juin 1924, apparaissent des signes alarmants : amaigrissement, sueurs nocturnes, anorexie qui commencent à l'inquiéter.

Elat actuel des lésions. — Signes de ramollissement cavitaire du tiers inférieur du poumon droit.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Deux frères, âgés de 21 et 5 ans, en bonne santé.

Interprétation. — Aucune contagion connue ne peut être relevée.

Il s'agit sans doute du réveil d'une primo-infection pauvre, banale, sous l'influence du *surmenage* et du *refroidissement*.

OBSERVATION CXXVIII

M. Nit... François, 36 ans, plombier, salle Hanot, n° 11.

Histoire du malade. — A passé toute son enfance en Belgique dans une petite ville et ne signale aucune maladie. Il vient habiter Paris en 1910 et en 1914, il est appelé et reconnu bon pour le service armé. Mais il est renvoyé dans ses foyers au bout d'un an, comme père de famille nombreuse. C'est deux ans après, en 1916, qu'il commence à souffrir de l'estomac et à maigrir. Cet état va en s'aggravant, des crises de vomissements apparaissent qui l'obligent à restreindre son alimentation. En 1921, il va consulter à St-Antoine où on le trouve porteur d'un *ulcère de l'estomac*. Il se soumet alors à un régime de restriction alimentaire qui améliore son état gastrique, mais qui continue à le débilitier. Jusque là il n'avait jamais toussé.

En janvier 1924, la toux survient progressivement, puis l'asthénie, puis les sueurs nocturnes. En avril, petite poussée fébrile. En mai grosse poussée qui évolue encore actuellement.

Etat actuel des lésions. — Rétraction thoracique à droite. Diminution de transparence des deux tiers supérieurs du poumon droit avec grosses spélonques sous-claviculaires.

Taches péri-pédiculaires gauches.

Histoire familiale. — Père et mère, vivants et bien portants.

Le malade était l'aîné et reste le seul survivant d'une famille de 10 enfants, tous nés à terme et morts en bas âge de « jaunisse ».

Sa femme est bien portante : il lui reste une fille âgée de 17 ans (venue au monde avant son mariage, le malade avait 19 ans).

Trois autres enfants sont morts :

1. — A 11 ans, des suites d'une intervention chirurgicale abdominale.

2. — A 3 mois (p).

3. — A 2 ans, de méningite tuberculeuse, en 1918. Le malade ne toussait pas encore à cette époque.

Interprétation. — Il semble s'agir du réveil d'une primo-infection pauvre sous l'influence d'une maladie débilitante : *ulcère de l'estomac.*

OBSERVATION CXXXI

M. L... Félix, 41 ans, tailleur, salle Hanot, n° 27.

Histoire du malade. — Bien portant dans l'enfance et l'adolescence, le malade ne signale que la rongeole dans ses antécédents pathologiques. Il accomplit son service militaire actif dans de bonnes conditions, mais il est réformé au début de la guerre pour varices étendues des membres inférieurs.

Il habite un logement insalubre, petit, mal aéré, où il exerce le métier de tailleur en chambre. Il ne sort jamais, travaille jusqu'à une heure avancée de la nuit et se prive d'une nourriture abondante pour « faire des économies et se retirer à la campagne ».

En décembre 1921, pour la première fois, il se met à tousser, souffre d'un point de côté et un médecin parle de pleurite du sommet droit. L'année suivante, à la même époque, grosse bronchite, à résolution traînante, et pour laquelle, après un examen au dispensaire, il part pour 6 mois dans les Pyrénées.

Nouvelle poussée, grave cette fois, en septembre 1923 ; il est alors envoyé à Brévannes où il reste jusqu'en janvier 1924, et il en sort non amélioré.

Etat actuel des lésions. — Densification du lobe supérieur droit avec aspect de cavernes multiples. Accentuation des ombres bronchiques au niveau du lobe inférieur.

A gauche : taches et marbrures de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec caverne volumineuse sous la clavicule.

Histoire familiale. — Parents morts jeunes, à quelques mois de distance, d'une affection contagieuse qui paraît être la typhoïde.

Le malade a été élevée chez ses grands-parents, morts de vieillesse et n'ayant jamais toussé.

Une sœur, âgée de 49 ans, mariée et bien portante.

Femme. — Agée de 37 ans, bien portante.

Interprétation. — Réveil tardif d'une primo-infection ancienne, pauci-bacillaire, n'ayant jamais manifesté son activité, sous l'influence des privations, du surmenage, de la mauvaise hygiène.

OBSERVATION CXLI

Mlle Del... Angèle, 30 ans, domestique, salle Hanot, n° 12.

Histoire de la malade. — Née et élevée à la campagne, elle fait à 14 ans une pleurésie séro-fibrineuse droite ponctionnée qui dure plusieurs mois, mais qui guérit complètement. Aucun autre incident jusqu'en 1919.

En janvier 1919, elle contracte la *grippe épidémique avec complications pulmonaires* qui mettent ses jours en danger. Gravement malade pendant trois semaines, la convalescence est lente et dès ce moment, elle commence à tousser. Depuis bronchites plus ou moins nettes tous les hivers, sans alitement.

Il y a trois mois, crise aiguë d'*appendicite opérée d'urgence* avec anesthésie au chloroforme : guérison locale complète, mais poussée pulmonaire immédiate et évoluant actuellement.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec aspects cavitaires multiples. Quelques taches floues sous la clavicule gauche.

Histoire familiale. — Parents et une sœur, bien portants.

Un frère, mort au régiment à la suite d'une intervention chirurgicale.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Première poussée évolutive consécutive à la grippe pulmonaire.

Poussée actuelle causée par une intervention chirurgicale avec chloroformisation.

OBSERVATION CLXXVII

M. Le B... René, cuisinier, 25 ans, salle Hanot, n° 8.

Histoire du malade. — Ne signale aucune maladie de l'enfance. Elevé à Paris, il a toujours été robuste. Après la guerre, où il accomplit trois ans de campagne dans la marine, sans incident, il s'installe à la campagne où il travaille comme charcutier. En janvier 1923, il se marie et s'engage à Rennes comme cuisinier dans un hôtel et deux mois plus tard, à la suite d'un *refroidissement*, il contracte une grosse bronchite qui dure 3 mois. En décembre 1923, il revient à Paris et connaît le surmenage intensif et la mauvaise hygiène dans le sous-sol d'un restaurant populaire.

Il maigrit peu à peu et depuis trois semaines, une poussée évolutive sévère s'est déclarée.

Etat actuel des lésions. — A droite : aspect en mie de pain dans les trois quarts supérieurs du champ pulmonaire avec spélonque volumineuse avec niveau liquide au niveau du tiers supérieur.

A gauche : aspect en mie de pain sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Bien portante.

Un frère mort dans la première enfance (?).

Un frère mort dans un accident de voiture.

Trois sœurs et un frère, bien portants et habitant la campagne.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Nous ne pouvons rien dire sur la primo-infection de ce malade. Il semble que l'évolution récente soit en rapport avec un changement de vie important avec *surmenage et mauvaise hygiène*. En tous cas, toute contagion récente importante doit être écartée.

OBSERVATION CLXXVIII

M. Hur... Robert, ajusteur, 28 ans, salle Louis, n° 6.

Histoire du malade. — N'a jamais été malade. Il a fait toute la guerre aux colonies, dans des conditions pénibles, sans jamais tousser. Un *chancre syphilitique* contracté en 1917 et traité énergiquement n'a pas laissé de stigmates apparents. Depuis la guerre, il travaille dans un atelier surpeuplé, malsain, ouvert à tous les vents, « où c'est miracle qu'il « n'ait rien attrapé plus tôt ». Son travail est très dur et il avoue mener une vie un peu irrégulière et exagérée au point de vue génital. En janvier 1923 il prend froid et s'alite pour trois jours avec des *phénomènes grippaux* nets. Huit jours après sa guérison, il commence à tousser et on lui trouve une *pleurésie droite*. Depuis, il a toujours toussé ; à plusieurs reprises, il a dû s'aliter pour des poussées fébriles souvent avec hémoptysies. Enfin, en juin dernier, un nouvel épisode sévère l'amène dans le service.

Etat actuel des lésions. — A droite : densification massive de la moitié supérieure avec cavités multiples. Déviation de la trachée.

A gauche : quelques taches légères autour du hile.

Histoire familiale. — Père et mère. — Bien portants.

Une sœur de 23 ans et un frère de 17 ans, bien portants.

Un frère mort à 17 ans de *péritonite tuberculeuse avec pleurésie* ayant duré 40 jours.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection sans doute pauvre, et qui n'a jamais manifesté son existence, sous l'in-

flueme du froid avec mauvaise hygiène générale et surmenage génital.

OBSERVATION CLXXX

M. G... Joseph, 30 ans, comptable, salle Hanot, n° 17.

Histoire du malade. — A part la rougeole à 5 ans, aucune maladie à signaler. Mobilisé en 1914, il est blessé très grièvement en février 1916 et reste 3 jours sous la neige à Verdun avant d'être recueilli par les brancardiers. A l'arrivée à l'ambulance, il crache du sang en abondance. Le diagnostic opératoire de ses blessures porte : larges plaies de la région lombaire et de la région trochantérienne droite ; perforation de la vessie. Il persiste encore actuellement une fistule pyourinaire de la fesse droite et une paralysie du sciatique poplité externe. C'est au bout de 6 mois de séjour à l'hôpital qu'on s'aperçoit qu'il est tuberculeux avec bacilles dans ses crachats, et il est envoyé en station sanitaire jusqu'en 1918. En 1920, alors que depuis 2 ans, il se sentait mieux, il est pris de douleurs en ceinture et on lui découvre un *mal de Pott* des 4^e et 5^e vertèbres lombaires avec affaissement intervertébral et une arthrite tuberculeuse du genou gauche, encore plâtrée actuellement.

En mai 1924, obligé de travailler « par suite de l'insuffisance de sa pension », il est atteint de laryngite aiguë et bientôt une poussée évolutive importante commence.

Etat actuel des lésions. — Obscurité de la totalité du poumon gauche avec multiples cavités.

A droite : taches très foncées sous la clavicule.

Histoire familiale. — Parents. — Très âgés, bien portants.

Une sœur. — Agée de 36 ans, bien portante.

Un frère. — Mort à 10 mois d'entérite.

Jamais de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection pauvre,

n'ayant jamais manifesté son existence, sous l'influence d'une grave blessure de guerre.

OBSERVATION CLXXXIII

M. C... René, 33 ans, employé de bureau, salle Rabelais, n° 10.

Histoire du malade. — Signale dans ses antécédents une scarlatine dans l'enfance et en 1912 une bronchite légère ayant duré un mois. Il a fait son service militaire et est mobilisé en 1914. Blessé en 1916, il retourne au front après guérison ; mais au début de 1918, il maigrit, devient asthénique et bien qu'il ne tousse pas il est évacué puis versé dans l'auxiliaire pour faiblesse de constitution.

En 1912, progressivement, apparaissent les signes cardinaux d'un diabète grave, avec *dénutrition azotée et acidoïde*. En 1923, il entre dans le service du Professeur Marcel Labbé, où une cure d'insuline l'améliore sensiblement. Une radiographie faite à cette époque montre une légère diminution de transparence sous la clavicule gauche et de nombreux petits nodules calcifiés aux deux hiles.

Depuis, malgré un régime sévère et la continuation de l'insuline, le malade reste glycosurique et acidosique.

En juillet, il commence à tousser et un nouveau cliché fait alors montrer une infiltration des deux tiers supérieurs du poumon gauche avec maximum sous la clavicule où on note un aspect en mie de pain, taches floues autour du hile droit.

Peu après, son état s'aggrave, et, en septembre 1924, le malade succombe dans le coma diabétique : l'auscultation montre alors une infiltration cavitaire bilatérale.

Histoire familiale. — Père. — Mort diabétique à 71 ans, avec bronchite chronique terminale.

Mère. — Bien portante.

Un frère. — Mort dans la première enfance (p).

Un frère actuellement suspect au point de vue bacillose.

Deux sœurs, plus âgées et bien portantes.

Femme et un enfant, bien portants.

Interprétation. — Réveil d'une tuberculose de primo-infection sous l'influence d'un *diabète grave avec acidose*.

OBSERVATION CLXXXVI

M. R... Louis, 43 ans, chaudronnier, salle Corvisart, n° 7.

Histoire du malade. — Il aurait eu des convulsions dans l'enfance, mais depuis, il a toujours été très robuste et n'a jamais toussé. Après avoir fait son service militaire, il se marie et exerce un métier très dur, sans fatigue. Mobilisé à la guerre, il fait *toute la campagne au front dans l'infanterie*, sans maladie, évacué une première fois pour blessure légère, une deuxième fois, en 1917, pour intoxication légère par les gaz (11 jours d'hôpital, 10 jours de convalescence). En 1918, il est atteint en octobre de *grippe épidémique avec congestion pulmonaire sérieuse* ; sa maladie dure 2 mois et il est réformé temporairement avec une pension de 50 %. Rentré au foyer, il recommence son métier, mais cette fois il se fatigue vite, tousse souvent, surtout l'hiver. En janvier 1923, poussée aiguë fébrile, étiquetée pneumonie, ayant duré 17 jours, sans bacille de Koch dans les crachats. Il continue à tousser et à maigrir, mais c'est seulement en mai 1924 qu'on trouve des bacilles de Koch dans l'expectoration au dispensaire de la Gare et qu'il est réformé 100 %.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon droit avec aspect en mie de pain.

Sommet gauche voilé et taché.

Histoire familiale. — Père. — 76 ans, bien portant.

Mère. — Morte à 47 ans, de fièvre puerpérale.

Deux frères, morts dans l'enfance de convulsions.

Un frère et deux sœurs bien portants.

Pas de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection pauvre à la suite d'une *grippe pulmonaire*.

OBSERVATION CLXXXVIII

M. F..., 65 ans, chauffeur-machiniste, salle Corvisart, n° 6.

Histoire du malade. — A 13 ans, fièvre typhoïde.

A 18 ans, en 1879, 2 ans après la mort de sa mère tuberculeuse, il est atteint de pleurésie droite ponctionnée et de bronchite.

A 20 ans, complètement guéri, accomplit 5 ans de service dans la flotte comme chauffeur-machiniste.

Se marie en 1886, et peu après, fait un *épisode pulmonaire aigu*, ayant duré 8 jours francs, avec 40° de température et convalescence rapide. C'est depuis cette époque qu'il est « asthmatique » et qu'il tousse aussi bien l'hiver que l'été.

En 1910, sa femme meurt de tuberculose après sa 11^e grossesse.

Pendant la guerre, il est hospitalisé 6 mois à Brévannes pour « bronchite bacillaire ».

En 1922, à la suite d'un refroidissement, il fait une nouvelle pleurésie droite, « interminable », ponctionnée 6 fois, et il passe alors 11 mois à l'hôpital d'Ivry.

Etat actuel des lésions. — Opacité complète et homogène de tout l'hémithorax droit correspondant à une coque épaisse de pachypleurite.

A gauche : grosses taches floues sous la clavicule. Accentuation très marquée des ombres bronchiques inférieures.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident en 1894.

Mère. — Morte tuberculeuse à 39 ans, le malade avait 16 ans.

Un seul frère, mort à 18 ans, de « consommation », deux ans après la mort de la mère.

Femme. — Morte tuberculeuse, en 1910, après 6 mois de maladie.

11 enfants, dont 7 vivants, et bien portants.

3 morts dans la première enfance (p).

1 mort à 18 ans, en 1913, de tuberculose pulmonaire.

Interprétation. — Tuberculose fibreuse à évolution torpide, réveillée sous l'influence d'une *pneumonie franche*.

OBSERVATION CLXXXIX

M. J... Louis, 60 ans, cuisinier, salle Corvisart, n° 16.

Histoire du malade. — N'a jamais été malade. Très robuste, il pesait 70 kilos à 16 ans. Pas le moindre incident pathologique à signaler jusqu'en 1916. En 1914, à 50 ans, il s'engage et fait la campagne à Verdun pendant 5 mois ; en juin, il est évacué pour hémoptysie, avec congestion pulmonaire fébrile et réformé. Depuis, il est venu à Paris, abandonnant femme et enfant, et mène une vie de vagabond, traînant d'hôpital en hôpital. Depuis 2 mois, sa tuberculose a pris une allure rapide à laquelle il vient de succomber.

A l'autopsie : Adhérences pleurales des deux sommets, infiltrations caséuses des deux poumons avec cavités multiples.

Histoire familiale. — Père. — Mort hémiplégique.

Mère. — Morte de suites de couches.

3 frères encore vivants, âgés de 66, 58 et 52 ans.

Une sœur, morte il y a 32 ans, à 21 ans, de tuberculose pulmonaire.

Aucun renseignement sur sa femme et ses 6 enfants.

Interprétation. — Réveil à 52 ans d'une tuberculose absolument latente jusque-là, sous l'influence des *fatigues de la guerre*. Evolution traînante depuis 8 ans.

OBSERVATION CXCH

M. D... Valentin, débardeur, 46 ans, salle Corvisart, n° 26.

Histoire du malade. — Aucun antécédent pathologique à signaler en dehors d'une *fièvre typhoïde* en 1915. Il est d'ailleurs renvoyé au front après 4 mois de convalescence et reste à son poste de combat comme conducteur d'artillerie jusqu'à la démobilisation.

Depuis la guerre, il avoue être devenu un gros buveur et il y a deux ans, il aurait été soigné à Andral pour une maladie de foie. Cet incident ne le corrige pas et il reprend bientôt ses habitudes d'intempérance. Depuis un an, environ, il tousse et crache et maigrit, mais sans avoir été obligé de s'aliter.

Actuellement, il se présente avec un subictère marqué des conjonctives, un gros foie douloureux, avec rate perceptible. Les urines sont rares et contiennent de l'urobiline. Sa cuti-réaction est + faible. L'examen radiologique montre une infiltration limitée au sommet droit avec caverne volumineuse. Le reste du champ pulmonaire présente une clarté normale.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 70 ans, bien portant.

Mère. — Morte de cardiopathie à 47 ans.

Trois frères et une sœur, tous bien portants.

Femme et un enfant, âgé de 19 ans, bien portant.

Interprétation. — Réveil tardif d'une primo-infection pauvre à la faveur d'alcoolisme chronique avec signes d'insuffisance hépatique.

OBSERVATION CXCHII

M. D..., 43 ans, contremaitre, salle Rabelais, n° 7.

Histoire du malade. — A part la rougeole et les oreillons, le malade a eu une enfance et une adolescence parfaitement

saines. Il a toujours été très vigoureux et à sa sortie du collège, il entre en apprentissage dans l'industrie. Il fait son service militaire, se marie, continue son métier sans une seule maladie grave et en particulier sans tousser. Il accomplit toute la guerre comme lieutenant mitrailleur dans l'infanterie sans blessure ni évacuation.

L'an dernier, pour la première fois, il a fait une bronchite pendant l'hiver.

En décembre 1923, il est atteint d'une congestion pulmonaire fébrile ayant duré 15 jours et à l'occasion de laquelle un examen fortuit des urines fait découvrir un *diabète sans dénutrition azotée*, et sans acidose ; sa glycosurie atteignant 80 gr. par jour à l'entrée, est tombée à 0 après une cure de légumes verts.

Il ne présente aucun des petits accidents du diabète, à part une légère diminution récente de l'acuité visuelle.

Au point de vue pulmonaire. — Infiltration massive de l'hémithorax gauche avec cavités multiples.

A droite : grosses taches floues en foyer, dans la région sous-claviculaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 59 ans, sans incident pulmonaire.

Mère. — Morte à 73 ans, sans incident pulmonaire.

Trois frères bien portants.

Une sœur morte à 18 ans de tuberculose pulmonaire : le malade avait 22 ans, et faisait à cette époque son service militaire.

Femme. — Bien portante.

Interprétation. — *Diabète simple avec tuberculose.*

OBSERVATION CXCIV

Mme R..., 73 ans, sans profession, salle Potain, n° 6.

Histoire de la malade. — Pas d'antécédent pathologique à

signaler et en particulier n'a jamais présenté d'affection pulmonaire. Se sait *diabétique* depuis 15 ans, et malgré l'absence de tout régime, n'a présenté aucun accident sérieux jusqu'à présent.

Depuis deux ans, elle tousse et crache, mais n'a jamais eu la fièvre. Elle entre à l'hôpital pour une phlébite de la jambe gauche. On constate qu'elle présente un diabète sans acidose, avec glycosurie modérée cédant rapidement au régime de restriction hydro-carboné. Au point de vue pulmonaire, on constate une infiltration cavitaire de la majeure partie du poumon gauche et des signes de ramollissement du sommet droit. L'expectoration, très rare, est richement bacillaire. La température atteint 38° le soir. La cuti-réaction est + faible.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 80 ans, de vieillesse.

Mère. — Morte à 79 ans, de vieillesse.

Mari. — Agé de 80 ans, bien portant.

Un enfant mort de coqueluche à 8 mois.

Un fils, âgé de 42 ans, bien portant.

Interprétation. — Tuberculose sèche, froide, apyrétique, réveillée par un *diabète simple* évoluant depuis 15 ans.

OBSERVATION CXCXV

M. M... Georges, 40 ans, mécanicien, salle Corvisart, n° 2,

Histoire du malade. — N'a jamais présenté le moindre incident pathologique jusqu'en 1918. Il a accompli son service actif et fait la guerre dans l'infanterie sans évacuation.

En 1918, il est atteint de *grippe épidémique sans complication pulmonaire*, dont il guérit rapidement.

Marié après la guerre, il n'a jamais toussé.

Il y a trois mois, survient brusquement, sans cause apparente, du jour au lendemain, un *épisode pulmonaire aigu*, avec point de côté, température à 40° dès le 2° jour, mais oscillant ensuite entre 38° et 39°. D'emblée, l'expectoration est

abondante et purulente. Mais on n'y cherche pas le bacille de Koch. Cet incident aigu dure 3 semaines, mais il continue à tousser et son état général est gravement atteint. 14 mois après, une légère hémoptysie le ramène à l'hôpital et son expectoration est nettement bacillaire.

Etat actuel des lésions. — Lobite supérieure droite avec cavité sous la clavicule.

Intégrité absolue du reste du poumon droit.

A gauche : grosses taches floues en dehors du hile.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1902, de tuberculose pulmonaire : le malade, âgé à cette époque de 23 ans, rentrait du service militaire et fut en contact avec son père pendant les six derniers mois de la maladie.

Mère. — Morte pendant la guerre (?).

Deux frères âgés de 39 et 41 ans, bien portants, ont fait la guerre.

Une sœur, âgée de 48 ans, mariée, mère de 6 enfants, bien portante.

Femme et un enfant de 8 ans, en bonne santé.

Interprétation. — Il faut admettre une contagion inefficace à l'âge de 23 ans et non influencée par la guerre ni par la grippe.

Réveil à évolution rapide sous l'influence d'une *infection pulmonaire* (?). Aucun surmenage d'aucune sorte, vie régulière, pas d'alcoolisme.

OBSERVATION CXCVI

Mme R..., 76 ans, sans profession, salle Potain, n° 6.

Histoire de la malade. — N'a fait aucune maladie grave.

Elle connaît son diabète depuis 12 ans, mais n'a jamais présenté aucun incident. Elle tousse depuis 3 ans, sans expectorer et sans faire de fièvre.

Elle entre dans le service du Professeur Marcel Labbé, pour amaigrissement et asthénie considérable.

On constate qu'il s'agit d'un *diabète sans acidose*, mais avec tolérance hydro-carbonée assez faible (50 à 60 gr.).

Au point de vue pulmonaire, on note la présence au sommet droit d'une cavité sèche, assez volumineuse. L'expectoration est à peu près nulle, mais on y trouve des barilles de Koch en abondance, ainsi que dans les selles.

Depuis un mois, aggravation manifeste des lésions pulmonaires qui ont envahi la totalité du poumon droit, avec légère réaction fébrile. L'expectoration reste rare. La cuti-réaction est + faible.

Histoire familiale. — Père. — Mort de fièvre typhoïde à 36 ans, en 1856.

Mère. — Morte à 92 ans, de vieillesse.

Un frère. — Mort diabétique à 71 ans, il y a 6 ans, il aurait toussé à la fin de sa vie.

Un frère. — Agé de 73 ans, bien portant.

Mari. — Mort à 75 ans, d'urémie, n'a jamais toussé.

Deux enfants, âgés de 49 et 53 ans, non tuberculeux.

Interprétation. — Evolution froide, torpide et sèche d'une tuberculose réveillée par un *diabète sans acidose* évoluant depuis 12 ans.

OBSERVATION CXCVII

M. J..., 30 ans, tailleur.

Histoire du malade. — Ne signale aucune maladie de l'enfance. Il n'a jamais présenté aucun incident pulmonaire quel qu'il soit.

C'est en décembre 1922, que progressivement apparaissent les signes cardinaux du diabète, pour lequel d'ailleurs il ne suit aucun régime.

En avril 1924, il entre à la Pitié, pour une poussée d'acidose. On constate alors qu'il s'agit d'un *diabète avec dénutrition azotée et acidose modérée*. Le traitement par l'insuline

améliore fortement le sujet, sans cependant faire disparaître complètement cette acidose.

Examiné à ce moment, il ne présente aucun signe clinique au point de vue pulmonaire et un examen radiologique se montre complètement négatif. La cuti-réaction est positive, faible (+ +).

Sorti de l'hôpital, le malade continue à suivre un régime et vient chaque jour recevoir 10 unités cliniques d'insuline Byla. Sa glycosurie se maintient en moyenne à 35 gr. par 24 heures avec un régime qui comporte en moyenne 130 gr. d'hydrates de carbone. L'acidose reste constante et les corps acétoniques totaux sont environ de 7 à 8 gr. par 24 heures.

En août 1924, le malade se plaint d'amaigrissement, de sueurs, de fatigue, et surtout d'une toux fréquente, sèche, sans expectoration. L'examen montre la présence de signes de ramollissement étendus du sommet droit avec quelques craquements au niveau du sommet gauche.

Les bacilles de Koch sont trouvés en abondance dans les selles. La cuti-réaction est encore faiblement positive (+ +). Il n'y a pas de température.

Histoire familiale. — Père. — Mort cardiaque asystolique à 43 ans.

Mère. — Bien portante.

Une sœur morte à 4 ans, de diphtérie.

Deux frères et une sœur bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Femme. — Bien portante.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection pauvre, ancienne, latente, sous l'influence d'un diabète grave avec acidose.

OBSERVATION CCIII

Mme C..., 45 ans, journalière, salle Hanot, n° 11.

Histoire de la malade. — Il s'agit d'une Bretonne qui n'a

jamais été malade dans l'enfance. Elevée dans un milieu misérable, elle a commencé à travailler comme bonne à tout faire à 13 ans.

En 1900, à 21 ans, elle se marie et deux ans après, son mari est emporté par la phtisie galopante en deux mois.

Elle avait accouché, après 7 mois de mariage, de 2 jumeaux prématurés et morts peu après ; puis, avait mis au monde, 5 mois avant la mort du père, une fille, Yvonne, morte à 17 ans en 1916 de tuberculose.

La malade se remarie à 25 ans et vient alors habiter Paris et elle supporte sans défaillance 10 nouvelles grossesses.

Les 2 aînés, âgés de 21 et 19 ans, sont bien portants.

Le 3^e est mort à 8 ans, de bronchite, aux Enfants-Malades, en 1914.

Le 4^e est mort de bronchite, à 3 ans, en 1909.

Le 5^e est mort à 3 ans et demi, en 1911, de bronchite.

Le 6^e est mort de méningite à 6 ans, en 1913, à l'hôpital Pasteur.

Le 7^e, âgé de 12 ans, est bien portant, actuellement à Hendaye.

Le 8^e est mort à 7 mois, en 1914, d'entérite.

Le 9^e, âgé de 7 ans, est actuellement en préventorium.

Le 10^e est mort à 2 ans, de méningite, en 1920.

Son second mari, bien portant, l'a abandonnée il y a 5 ans.

C'est en 1917, au début de sa dernière grossesse (la 12^e) que notre malade a commencé à tousser, mais depuis, bien qu'elle tousses constamment, elle n'a été obligé d'interrompre son travail qu'une seule fois, en 1921, pour une hémoptysie légère.

Actuellement poussée congestive hémoptoïque, peu fébrile.

Etat actuel des lésions. — Taches et marbrures sur le tiers supérieur du poumon droit.

Accentuation des ombres hilaires gauches.

Histoire familiale. — Mère. — Morte d'accident.

Père. — Encore vivant et bien portant.

Huit frères et sœurs morts de misère (2) dans la 1^{re} enfance.

Deux autres, survivants, bien portants.

Interprétation. — Deux faits intéressants à relever dans cette histoire.

1° La malade, malgré une infection conjugale importante en 1902, supporte 9 grossesses sans incident. C'est seulement au cours de la 12^e que commence une évolution torpide suivant le mode fibreux.

b) La mortalité de la plupart des enfants paraît imputable à la sœur aînée, Yvonne, qui a « traîné sa maladie pendant 4 ans » dans le milieu familial.

Seul, le dernier né paraît avoir été infecté par la mère bacillaire à cette époque.

OBSERVATION CCIV

Mme P..., 35 ans, ouvrière, salle Potain, n° 11.

Histoire de la malade. — Bretonne, habitant Paris depuis 16 ans.

Signale la rougeole et la coqueluche dans l'enfance, mais n'a jamais toussé.

Elle se marie en 1918, et au cours de la 1^{re} grossesse, s'aliéne pour une bronchite assez sérieuse qui dure 3 mois. Cependant, elle accouche à terme, sans incident et allaite son enfant pendant 11 mois. Mais depuis cette époque, elle a fait plusieurs poussées de bronchites, sans cependant être obligée de cesser son travail.

Une 2^e grossesse en 1921, avec allaitement de 8 mois. Mais au cours d'une 3^e grossesse survient une reprise des signes pulmonaires avec hémoptysie légère. Cependant, elle allaite cet enfant pendant 10 mois et c'est seulement à ce moment que se déclanche l'évolution actuelle qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Ramollissement discret du sommet gauche.

A droite : infiltration des deux tiers supérieurs du poumon avec spéléonque.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Morte de métrorrhagies à 50 ans.

Un frère. — Mort à la guerre.

Deux frères et une sœur bien portants, tous plus âgés qu'elle et habitant Paris depuis longtemps.

Mari. — A fait la guerre, n'a jamais toussé.

Un enfant, mort de méningite tuberculeuse, il y a un an.

Les deux autres, bien portants, âgés de 3 ans et de 20 mois, mais tous deux avec cuti-réaction positive.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection pauvre, d'origine indéterminée, sous l'influence de trois grossesses successives.

OBSERVATION CCIX

M. L... Désiré, 55 ans, porteur aux Halles, salle Corvisart, n° 15.

Histoire du malade. — Très robuste, il n'a jamais toussé.

A 20 ans, il fait son service militaire aux colonies et y reste 15 ans, faisant campagne au Tonkin et à Madagascar. Il contracte, dit-il, le *paludisme et la dysenterie*, mais il n'en a jamais souffert depuis son retour à la vie civile. Il se marie à 36 ans, et travaille régulièrement comme débardeur, sans jamais être malade. En 1914, il est mobilisé dans la réserve de l'armée territoriale et passe deux hivers dans les tranchées. En 1916, il est renvoyé comme « vieille classe ». Rentré à Paris, il a conservé toute sa vigueur, puisqu'il est accepté comme porteur aux Halles et qu'il travaille 6 ans, sans interruption.

Depuis 3 à 4 ans, il s'adonne à l'alcoolisme, et le 16 mars 1924, à la suite de libations trop copieuses, il s'endort sur la voie publique par une nuit de grand froid. Au petit jour, on

le conduit à l'hôpital, où se déclare une grosse bronchite qui marque le début net d'une tuberculose ulcéro-caséuse, rapidement évolutive, et actuellement voisine de la cachexie. Cuti-réaction faible.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Père et mère. — Morts de vieillesse.

Pas de collatéraux.

Femme. — Agée de 48 ans, bien portante.

Deux enfants, âgés de 17 et 16 ans, en parfaite santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil brutal, à 36 ans, d'une tuberculose n'ayant jamais manifesté son existence, à la faveur d'un *épisode aigu pulmonaire*, favorisé peut-être par un alcoolisme chronique, qui semble avoir touché légèrement le foie (subictère des conjonctives, foie légèrement débordant et douloureux).

OBSERVATION CCX

M. G... Marcel, 29 ans, mécanicien, salle Corvisart, n° 15.

Histoire du malade. — Aucune maladie dans l'enfance.

Engagé volontaire à 18 ans dans la marine, il fait la campagne de Serbie comme combattant à pied, puis est embarqué à bord d'un sous-marin patrouilleur où il accomplit toute la campagne dans des conditions très dures, mais sans incident pathologique.

Un mois après l'armistice, au cours d'une escale à Beyrouth, il est terrassé brusquement par un *épisode pulmonaire aigu* : congestion pulmonaire suivie de pleurésie gauche non ponctionnée et il reste 3 mois à l'hôpital. Dès sa rentrée en France, il fait une rechute, et à l'hôpital de Toulon on trouve des bacilles de Koch dans les crachats et il est réformé 100 %.

En 1920, il dit avoir pris froid et cette fois une évolution rapide semble s'être déclanchée.

Etat actuel des lésions. — Infiltration massive du poumon gauche, d'aspect non homogène.

A droite : grosse spélonque sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, âgé de 75 ans.

Mère. — Morte à 38 ans, en quelques jours d'un « chaud et froid », le malade avait 6 ans.

Un frère. — Bien portant.

Femme bien portante, ainsi qu'un enfant de 5 mois.

Interprétation. — Réveil sous l'influence des fatigues de la guerre. A cette époque, le malade affirme qu'il ne commettait aucun excès d'aucune sorte, la discipline à bord du sous-marin étant particulièrement sévère, surtout au point de vue alcoolisme. Il a navigué 2 ans avec les mêmes camarades de combat, tous bien portants, deux seulement ayant été évacués pour blessure. Il incrimine le refroidissement auquel l'exposait son séjour dans la machinerie.

OBSERVATION CCXVII

M. Jos..., 34 ans, camionneur, salle Corvisart, n° 10.

Histoire du malade. — Né et élevé dans un petit village du Centre, notre malade a toujours exercé jusqu'en 1921 la profession de cultivateur.

Dans son enfance, aucune maladie sérieuse, mais à 16 ans, il raconte avoir été alité 2 mois pour une « congestion pulmonaire suivie de pleurésie séro-fibrineuse ponctionnée à deux reprises ». Il fut considéré alors comme « attaqué de la poitrine », mais il se guérit rapidement. Il a fait le service militaire et toute la guerre dans l'infanterie, sans aucune maladie et sans jamais tousser ; blessé trois fois, il fut chaque fois renvoyé au front après guérison.

En 1921, il vient habiter Paris et exerce le métier de camionneur. Il habite seul, dans un hôtel malsain et passe une partie de ses nuits chez le marchand de vin. *Alcoolique in-*

vétéral, il perd l'appétit et commence à maigrir. Cependant ce n'est qu'il y a six mois que se dévoile nettement, par une hémoptysie, une atteinte pulmonaire qui s'aggrave régulièrement et rapidement.

A l'entrée dans le service, la cachexie est modérée et au point de vue local, on ne note qu'un syndrome cavitairé limité au sommet gauche. Mais une dyspnée très marquée, avec cyanose attire l'attention. De plus, le malade est subic-térique, son foie est gros et douloureux, la rate percutable sur quatre travers de doigts. Les urines contiennent de l'urobi-line en abondance. Sa cuti-réaction est négative.

Quinze jours après son entrée, le malade succombe à une poussée de granulie généralisée avec épisode méningé terminal vérifié à l'autopsie.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant, âgé de 70 ans.

Mère. — Asthmatique, âgée de 67 ans.

Deux frères et trois sœurs, tous bien portants, habitant la campagne.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — On peut interpréter l'épisode pleuro-pulmonaire survenu il y a 18 ans, comme une manifestation tuberculeuse. Le réveil tardif de cette lésion cicatrisée paraît en rapport avec un alcoolisme très marqué avec insuffisance hépatique expliquant la poussée granulique terminale.

OBSERVATION CCXX

M. B..., 58 ans, gardien de la paix en retraite, salle Louis, n° 21.

Histoire du malade. — Très robuste, même dans l'enfance, le malade ne peut signaler aucun antécédent pathologique. Après son service militaire actif, il est entré en 1893 dans le corps des gardiens de la paix et il a fait son service pendant 30 ans, sans aucune indisposition, à part une blessure. L'an

dernier, il est mis à la retraite et entre comme garçon livreur dans un grand magasin. Le 25 janvier 1924, il raconte avoir été mouillé sur le siège de sa voiture et deux jours après, le 27 janvier, il s'alite pour une *affection pulmonaire aiguë*, fébrile, avec crachats légèrement sanguinolents. Au bout d'une quinzaine de jours, il reprend son travail, mais il se sent fatigué, amaigri et surtout il tousse et crache continuellement. Progressivement son état s'aggrave et il est obligé d'arrêter son travail en juin.

Etat actuel des lésions. — A droite : rétraction costalè et cardio-aortique. Opacité des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire avec taches et marbrures disséminées. Le maximum d'opacité forme un foyer péri-scissural.

A gauche : signes cliniques et radiologiques d'épanchement pleural séro-fibrineux lymphocytaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 77 ans, d'une congestion pulmonaire. Il avait eu depuis 10 ans six épisodes pulmonaires analogues. Mais notre malade n'a eu aucun contact avec lui depuis 1893.

Mère. — Morte à 56 ans, d'une affection gynécologique.

Une sœur morte à 58 ans (p).

Femme. — Bien portante.

Deux enfants. — Agés de 30 et 24 ans, bien portants.

Un enfant mort à 8 mois de diarrhée infantile, en 1897.

Un enfant mort à 4 ans de bronchopneumonie morbillieuse, en 1895.

Interprétation. — Il est curieux de constater l'apparition d'une tuberculose évolutive chez cet homme de 58 ans, chez lequel il n'y a jamais eu de manifestation pulmonaire. Le rôle d'une *infection pulmonaire intercurrente* paraît ici prépondérant. Le malade ne peut invoquer aucune autre cause favorisante : il menait une vie régulière, sérieuse, sans alcoolisme, et dit n'avoir jamais eu de contact avec des tuberculeux.

OBSERVATION CCXXXIX

Mme M... Marie, 33 ans, ménagère, salle Hanot, n° 23.

Histoire de la malade. — Aucun antécédent pathologique à signaler dans l'enfance et dans l'adolescence. Mariée en 1911, à 20 ans, elle supporte vaillamment une *première grossesse avec allaitement*.

En 1918, au quatrième mois d'une *deuxième grossesse*, elle contracte au moment de la *grippe* une congestion pulmonaire avec hémoptysie qui la tient au lit pendant 2 mois. Cependant sa grossesse se termine à terme, sans incident et elle peut allaiter son enfant pendant 11 mois.

En 1922, son mari meurt subitement, et outre le chagrin profond qui semble l'avoir profondément touché, elle est obligée de se mettre à travailler pour subvenir aux besoins de ses enfants. Elle connaît le *surmenage et les privations*. En mai dernier, son fils aîné fait une maladie grave (broncho-pneumonie) et notre malade, de plus en plus surmenée, est atteinte d'insomnie tenace, puis d'anorexie. Elle maigrit considérablement, perd ses forces, et brusquement, en juillet, survient une hémoptysie révélatrice.

Etat actuel des lésions. — A gauche : taches confluentes et mie de pain au niveau du tiers supérieur.

A droite : hile épaissi, arborisations et petites taches calcifiées entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort de méningite cérébro-spinale en 1903.

Mère. — Bien portante.

Un frère et deux sœurs en bonne santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Mari. — Mort en 1922 d'hémorragie cérébrale à 38 ans, n'a jamais toussé.

Deux enfants. — Visités au dispensaire et paraissant indemnes de tuberculose évolutive.

Interprétation. — Nous ne connaissons pas l'origine exacte

de cette tuberculose. Il est possible qu'il y ait eu un premier réveil au moment de la *grippe* de 1918 ; mais il est certain que l'influence débilite des chagrins, du *surmenage* et des *privations* paraît avoir été prépondérante dans l'évolution actuelle.

OBSERVATION CCXLII

Mme J... Alexandrine, 32 ans, comptable, salle Mosny, n° 12.

Histoire de la malade. — D'origine bretonne, elle a vécu à la campagne jusqu'à 22 ans et n'a jamais été malade, bien que de 17 à 22 ans, elle ait vécu au contact d'un oncle tuberculeux.

En 1914, elle vient à Paris travailler comme blanchisseuse, mais pour améliorer sa situation elle suit des cours de comptabilité et travaille tous les soirs jusqu'à une heure avancée de la nuit. Cependant sa santé ne s'altère nullement. En 1917 elle se marie, mais il semble qu'elle a contracté trois mois auparavant la *syphilis* avec son futur mari. Deux mois après son mariage survient brusquement une paralysie qui guérit rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique et qui ne laisse actuellement que des traces insignifiantes.

En 1920, elle est fatiguée, toussé légèrement et au dispensaire Léon Bourgeois, on lui trouve des bacilles de Koch dans les crachats ; un séjour de 3 mois à Brévannes l'améliore considérablement.

En 1921, elle accouche d'un enfant débile qui meurt au bout de 2 mois.

En 1923, *nouvelle grossesse* et accouchement d'un enfant prématuré mort à 9 jours.

C'est un mois après cette grossesse qu'apparaît une rechute pulmonaire sérieuse qui depuis n'a pas cessé d'évoluer sur le mode torpide.

Etat actuel des lésions. -- Infiltration de la totalité du champ pulmonaire droit avec marbrures disséminées et spélonques en dehors du hile.

A gauche : taches confluentes entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Morte à 43 ans (suicide).

Pas de collatéraux.

Mari ne tousse pas.

Interprétation. — Il est difficile de préciser l'origine exacte de cette tuberculose. L'influence de la grossesse s'est fait nettement sentir dans l'éclosion de la poussée actuelle. Mais la maladie existait auparavant, découverte par hasard, il y a 4 ans.

OBSERVATION CCXLIII

Mme F... Alice, 33 ans, brodeuse, salle Mosny, n° 13.

Histoire de la malade. — Toujours robuste, très résistante pendant l'enfance, elle n'a jamais été malade. Elle se marie en 1909, à 18 ans, avec un homme parfaitement sain, elle fait une *fausse-couche* en 1911 et à aucun moment ne présente le moindre incident pulmonaire. En 1916, elle vient à Paris, avec son mari qui travaille en usine et mène une vie facile et saine.

En 1923, son mari l'abandonne sans ressources et elle doit d'abord loger dans un taudis, puis se mettre à travailler pour subvenir à ses besoins. Les privations la fatiguent rapidement et l'hiver dernier, une « mauvaise bronchite » s'installe insidieusement.

Etat actuel des lésions. — Lobite supérieure droite avec spélonque. Infiltration discrète au niveau du lobe inférieur.

A gauche : marbrures et taches sur toute la hauteur.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Trois frères et une sœur, tous en bonne santé.

Interprétation. — L'origine exacte de cette tuberculose nous échappe, mais il semble bien que le *chagrin, les privations et le surmenage* ont exercé une influence favorisante décisive.

OBSERVATION CCXLIV

Mme L... Léontine, 32 ans, ménagère, salle Mosny, n° 13.

Histoire de la malade. — Fragile, anémique dans l'enfance elle a été souvent malade. A 7 ans, rougeole, à 10 ans, scarlatine, à 12 ans, érysipèle. Mais elle n'a jamais toussé.

Elle se marie à 20 ans, en 1912, supporte sans incident *deux grossesses successives* avec allaitement prolongé.

En 1919, nouvelle grossesse, moins bien supportée ; elle commence à tousser dès le premier mois et *après l'accouchement* elle reste alitée deux mois pour une « lésion pulmonaire ». Cependant elle semble se remettre complètement. Mais en 1921, survient, à la suite d'un *refroidissement* très net, une nouvelle poussée pour laquelle un pneumothorax est pratiqué à droite.

Une guérison presque parfaite est obtenue, mais au début de 1924 apparaissent des lésions évolutives du côté opposé et un nouveau pneumothorax est pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. † Inconnu.

Mère. — Morte paralysée à 63 ans.

Un frère. — Agé de 40 ans, réformé 100 % pour bronchite bacillaire depuis la guerre, habitant la campagne et n'ayant eu aucun contact avec la malade.

Mari. — Bien portant.

Une fille aînée : 11 ans, bien portante.

Un fils, âgé de 10 ans, atteint de tuberculose osseuse.

Un fils, âgé de 5 ans, actuellement aux Enfants-Malades pour tuberculose.

Interprétation. — Réveil d'une tuberculose dont nous ne

pouvons préciser l'origine d'abord sous l'influence de la *grossesse*, puis à l'occasion d'un *refroidissement* très nettement précisé par la malade.

OBSERVATION CCLVII

Mlle L... Madeleine, 18, ans, couturière, salle Bouillaud, n° 6.

Histoire de la malade. — Née et élevée à la campagne, elle n'a eu, en dehors de la rougeole, aucune maladie sérieuse et en particulier n'a jamais toussé. Venue à Paris, en 1917, elle a commencé à travailler en 1919, à 13 ans, dans un atelier de couture sain et bien aéré, et a toujours mené une vie sage et régulière jusqu'à il y a un an et demi. A cette époque, elle avoue des rapports génitaux très fréquents avec un homme parfaitement sain et un gros surmenage consécutif. C'est six semaines après, qu'épuisée, elle consulte dans un dispensaire où on lui trouve une opacité étendue du sommet gauche.

Depuis cette époque, la maladie a suivi une marche progressivement croissante, sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la totalité du poumon gauche avec cavités multiples.

A droite : gros foyers d'ombre, centrés par une caverne entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Pas de collatéraux.

Il n'y a jamais eu de tuberculose ni dans sa famille, ni dans son entourage.

Interprétation. — L'origine exacte de cette tuberculose nous échappe, mais l'influence décisive d'un gros *surmenage génital* paraît indiscutable.

OBSERVATION CCLXII

M. Gr... Jules, 37 ans, garçon de restaurant, salle Corvisart, n° 27.

Histoire du malade. — Elevé dans un petit village de Savoie, il est venu à Paris en 1913. Aucune maladie à signaler dans l'enfance ni dans l'adolescence. Mobilisé en 1914, il fait 3 ans de service au front dans l'infanterie sans aucun incident. Mais en mai 1917, il est évacué pour une *pneumonie droite franche*, aiguë, ayant guéri complètement en 8 jours. Il retourne au front et n'est évacué de nouveau qu'en octobre 1918 pour *intoxication sévère par les gaz* de combat. Cette fois il est hospitalisé quatre mois pour bronchite et depuis il n'a jamais cessé de tousser. En 1920, il est réformé à 100 % pour bacillose et depuis 1921, il accuse de nombreuses hémoptysies ainsi qu'une aggravation manifeste de l'état général.

Etat actuel des lésions. — Infiltration diffuse de l'hémithorax gauche avec cavités multiples.

Foyer d'ombre péri-hilaire droit.

Histoire familiale. — Père. — Mort, le malade avait 3 ans, d'une affection qu'il ne peut préciser.

Mère. — Agée de 75 ans, bien portante.

Un frère et une sœur, bien portants.

Femme en bonne santé, pas d'enfant.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection sans doute pauvre, à la suite d'une *intoxication par les gaz* de combat.

OBSERVATION CCLXVI

M. Soc... Hyppolyte, débardeur, 59 ans.

Histoire du malade. — Né à Paris de famille très pauvre, il quitte sa famille à 16 ans pour exercer des professions variées qui le conduisent aux Bataillons d'Afrique où il reste 4

ans. Revenu en France, il vit 10 ans au Havre comme débardeur, puis revient à Paris. Jusqu'à 42 ans, il n'a jamais été malade et n'a jamais toussé.

A 42 ans, brusquement, il fait une hématomèse très abondante, soignée à l'hôpital St-Antoine, où on lui découvre un *ulcère de l'estomac*. Il refuse de se faire opérer et pendant les années qui suivent jusqu'en 1919, il continue à travailler, arrêté de temps en temps par des poussées douloureuses et vomitives avec parfois une hématomèse. Il commence à maigrir fortement et en 1917 il fait une grosse bronchite qui le tient 6 mois à l'hôpital avec de la fièvre.

En 1919, à la suite d'une crise très violente, il est opéré de gastro-entérostomie. Depuis, son état s'est amélioré et il a repris de l'embonpoint, mais continue à tousser.

Enfin, le 9 août dernier survient sans prodrome une hématomèse très abondante pour laquelle il vient à l'hôpital. L'examen clinique montre qu'il s'agit d'une ulcération probable siégeant au niveau de la bouche de gastro-entérostomie.

Aux poumons, signes d'emphysème avec foyer de ramollissement au sommet gauche. Les crachats contiennent du bacille de Koch.

Pas de syphilis.

Cuti-réaction (+ +).

Histoire du malade. — Père. — ?

Mère. — Morte à 30 ans de tuberculose pulmonaire, le malade avait 12 ans.

Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 21 ans.

Cinq frères perdus de vue par le malade.

Interprétation. — Primo-infection datant de l'enfance et d'origine maternelle, réveillée sur le mode torpide à la suite d'une *maladie débilitante* de longue durée.

OBSERVATION CCLXVIII

Mme M..., 49 ans, ménagère, salle Potain, n° 14.

Histoire de la malade. — Dans sa jeunesse, la malade était fréquemment enrhumée et sujette aux bronchites : mais depuis son mariage, sa santé était florissante, et elle a pu supporter 9 grossesses sans aucun incident.

Il y a 2 ans, elle fut trouvée atteinte d'un *néoplasme du sein* droit et subit l'amputation des deux seins, avec évidemment bilatéral. Treize mois après l'opération, la cicatrice devient rétractile, il survient un épaissement en carapace des téguments de toute la face antérieure du thorax avec formation de nombreux noyaux cancéreux secondaires enclavés dans la peau.

Depuis 6 mois, la malade tousse et on lui trouve un foyer très étendu au niveau de la partie moyenne du poumon gauche avec signes de ramollissement : ce foyer évolue actuellement vers l'extension avec poussées fébriles intermittentes. Les bacilles de Koch, d'abord décelés dans les selles, sont actuellement trouvés dans les crachats. Cuti-réaction : 0.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 74 ans, de vieillesse.

Mère. — Morte à 70 ans, de bronchite avec emphysème.

Seule survivante actuellement d'une famille de 15 enfants.

3 ont été tués à la guerre.

1 est mort à 25 ans de tuberculose pulmonaire.

Tous les autres sont morts en bas âge ; plusieurs seraient morts de convulsions.

Mariée deux fois :

1^{er} mari. — Mort à 30 ans de la variole à l'hôpital Claude-Bernard, en 1887.

3 enfants bien portants.

2^e mari. — Mort à 43 ans, de tuberculose pulmonaire après 8 mois de maladie.

6 enfants : dont deux morts de méningite, un an après la mort du père. Les 4 autres sont bien portants.

Interprétation. — Cette femme a dû faire une primo-infection de l'enfance, *peut-être familiale*. Soumise ensuite à une nouvelle contagion venant du mari, elle résiste victorieusement, malgré 9 grossesses et ce n'est qu'après deux ans d'une maladie cachectisante que s'est réveillée une tuberculose pulmonaire actuellement évolutive.

OBSERVATION CCLXXVI

Mme H... Renée, 29 ans, couturière, salle Potain, n° 5.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Lyon, elle ne se souvient d'aucune maladie sérieuse de l'enfance, en dehors de la rougeole.

A 16 ans, elle entre en apprentissage et fait, à cette époque, un épisode grippal, avec fièvre et toux, d'ailleurs vite guéris.

Mariée à 17 ans, elle supporte deux grossesses successives avec allaitement prolongé.

Il y a deux ans, alors qu'elle souffrait déjà de l'estomac depuis 2 ans, elle présente une crise de vomissements prolongés et est opérée à Lyon, de gastro-entérostomie pour *sténose du pylore*. Depuis cette gastro-entérostomie, son état général ne s'est pas amélioré ; et peu à peu, une tuberculose évolutive s'est développée.

Etat actuel des lésions. — Infiltration bilatérale des champs pulmonaires avec images cavitaires multiples.

Histoire familiale. — Parents bien portants.

Deux frères. — Plus âgés, indemnes de tuberculose.

Mari et deux enfants, en bonne santé.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection pauvre, sous l'influence d'une maladie débilitante.

OBSERVATION CCLXXVIII

Mme H... Victorine, 30 ans, couturière, salle Potain, n° 9.

Histoire de la malade. — A toujours habité Paris.

Scarlatine à 7 ans, suivie de néphrite et d'otite.

Fièvre muqueuse à 13 ans.

Aucune autre maladie et en particulier n'a jamais toussé. En mai 1922, en sortant le soir d'une salle surchauffée, elle contracte un refroidissement, elle rentre chez elle grelottante et le lendemain se plaint d'un point de côté. C'est le début d'un épisode pulmonaire aigu, appelé par le médecin « *congestion pulmonaire double* », et qui guérit en 12 jours.

Mais l'hiver suivant, survient une nouvelle poussée pulmonaire analogue, cette fois sans cause et qui guérit encore en quelque jours. A partir de ce moment, elle commence à tousser continuellement. En juin 1923, on trouve des bacilles de Koch dans son expectoration, et en décembre 1923, survient la première hémoptysie. Depuis, évolution par poussées fébriles et hémoptoïques.

Etat actuel des lésions. — Obscurité des trois quarts supérieurs du poumon gauche, avec images cavitaires.

A droite : sommet taché et marbré.

Histoire familiale. — Père, mère, bien portants.

Deux frères tués à la guerre.

Un frère et une sœur bien portants.

Mari. — Bien portant.

Pas d'enfant.

Interprétation. — Il semble bien que l'épisode pulmonaire brutal déclenché par un refroidissement ait marqué le point de départ de la maladie.

OBSERVATION CCLXXXVIII

Mlle C... Camille, 18 ans, domestique, salle Bouillaud, n° 1.

Histoire de la malade. — Née à la campagne, elle habite

Paris depuis l'âge de 4 ans, chez une tante qui l'a recueillie à la mort de sa mère.

Elle n'a pas eu d'autre maladie que la rougeole et la varicelle, mais elle n'est pas très robuste et d'ailleurs, jusqu'à 17 ans, elle s'occupe uniquement des soins du ménage, sans surmenage, ni privation. L'an dernier, sa tante meurt brusquement et la laisse seule et sans ressources. Elle entre alors comme bonne dans un bouillon Duval pendant deux mois, puis comme bonne à tout faire dans un hôtel meublé. Elle connaît alors le *gros surmenage*, les nuits sans sommeil, la nourriture insuffisante. Peu à peu, elle maigrit et se fatigue ; elle entre à l'hôpital en septembre 1924 « pour se reposer ». L'examen montre des signes de ramollissement du sommet droit et la présence de bacilles de Koch dans les selles.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon droit avec aspect en nid d'abeille.

Intégrité du poumon gauche.

Histoire familiale. — Père. — Inconnu.

Mère. — Morte des suites d'une intervention chirurgicale en 1908.

Pas de collatéraux.

Tante. — Morte en 1923, subitement, d'embolie.

Interprétation. — Il semble possible que le *surmenage intensif* auquel fut soumise cette malade ait pu jouer un rôle favorisant dans l'écllosion de sa maladie.

OBSERVATION CCXCVI

M. B., Adolphe, 27 ans, employé d'administration, salle Rabelais, n° 8.

Histoire du malade. — Toujours bien portant dans l'enfance, il fut mobilisé en 1916 et accomplit 2 ans de présence au front dans l'infanterie sans défaillance. En 1914, il se marie et peu après, pour augmenter les ressources du ménage

ge, il accepte, en dehors de ses heures de travail, un poste de contrôleur de théâtre : très fatigué au bout de 6 mois, il doit s'aliter et on lui révèle à ce moment une lésion pulmonaire à gauche. Mais après 3 mois de séjour à la campagne, il reprend son double travail sans incident nouveau jusqu'en mai 1921 : à ce moment, une hémoptysie grave le fait entrer à la Charité où il est traité avec succès par un pneumothorax artificiel, mais il abandonne de lui-même sa cure en 1922 et recommence à travailler.

Actuellement, poussée évolutive sévère.

Etat actuel des lésions. — A droite : obscurité des trois quarts supérieurs du champ pulmonaire avec de multiples spélonques.

A gauche : diminution de transparence homogène de la moitié supérieure du champ pulmonaire.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 65 ans d'ictère.

Mère. — Agée de 61 ans, bien portante.

Quatre sœurs, plus âgées, toutes mariées et mères de famille, bien portantes.

Femme. — Examinée et bien portante.

Interprétation. — On peut admettre le rôle important du surmenage de travail sur l'éclosion de cette tuberculose.

OBSERVATION ICCG

Mme R... Marie, 40 ans, modiste, salle Potain; n° 7.

Histoire de la malade. — Ne se souvient d'aucune maladie de l'enfance.

Mariée en 1904, elle supporte 6 grossesses sans incident. En 1918, elle contracte la grippe épidémique et guérit en 4 jours sans complication.

En 1922, elle est soignée à l'hôpital de la Pitié pour une pneumonie lobaire franche aiguë, typique, du côté gauche, qui guérit en 7 jours. Mais, depuis cette époque, alors qu'elle

n'avait jamais toussé auparavant, elle se trouve fréquemment enrhumée et l'hiver dernier, une bronchite la tient au lit pendant trois semaines. En mars, elle consulte au dispensaire Léon Bourgeois où on la met en observation ; en juin, son expectoration devient bacillaire. Elle entre en octobre 1924 à la Pitié pour une hémoptysie fébrile.

Elat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon gauche avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

Intégrité du poumon droit.

Histoire familiale. — Père. — Vivant et bien portant, âgé de 71 ans.

Mère. — Morte en couches, à 32 ans.

Un seul frère, âgé de 41 ans, bien portant.

Mari. — Mort en 1919, de hernie étranglée.

Quatre enfants, vivants et bien portants.

Deux enfants, morts en bas âge d'entérite (?).

Interprétation. — Il semble que c'est seulement à partir d'une *pneumonie lobaire franche aiguë* que la malade a commencé à présenter des manifestations pulmonaires.

DEUXIÈME CATÉGORIE

(Suite)

A) Primo-Infection pauvre (suite)

c) Cas inexplicables

OBSERVATION XIV

M. Milh..., 52 ans, marchand de vins, salle Louis, n° 12.

Histoire du malade. — Ce malade, déjà âgé, ne se souvient pas d'avoir été malade. Il a passé son enfance dans l'Aveyron, a fait son service militaire, s'est marié à 24 ans et a habité Paris pendant 20 ans. Il a exercé la profession de marchand de vins pendant 17 ans, pendant lesquelles, en dehors d'habitudes d'intempérance avouées, il n'a jamais été malade.

Pendant la guerre, il est mobilisé pendant 5 ans, dans un régiment de territoriale en campagne, et malgré des séjours répétés en tranchées, il n'a fait qu'une bronchite sans fièvre, soignée à l'infirmerie, sans évacuation.

Après la guerre, il retourne au pays natal pour y vivre de ses petites rentes.

En 1920, deux ans après sa démobilisation, il est atteint d'une broncho-pneumonie à début brusque, avec fièvre élevée, expectoration purulente, amaigrissement qui se prolonge pendant 4 mois. Mais après la période fébrile, il continue à présenter tous les signes cliniques d'une tuberculose évolutive.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon droit avec rétraction médiastine et costale.

A gauche : voile homogène sous la clavicule.

A fait un pneumothorax spontané localisé au poumon droit.

Histoire familiale. — Parents morts de vieillesse.

Un seul frère, encore vivant et bien portant.

Femme. — Bien portante.

Une fille de 24 ans, bien portante.

A perdu un enfant de 10 mois en 1902 de gastro-entérite infantile.

Interprétation. — Le développement d'une tuberculose évolutive chez cet homme de 52 ans nous paraît difficilement explicable. Tout ce que nous pouvons dire c'est que la contagion récente n'y a joué aucun rôle. Il faut cependant remarquer que cet homme est un éthylique habituel, bien qu'il ne présente aucun signe d'intoxication profonde ni aucun signe d'insuffisance hépatique.

OBSERVATION XXI

Mlle G... Marcelle, 22 ans, employée de banque, salle Quenay, n° 9.

Histoire de la malade. — A toujours habité Paris.

On ne peut signaler dans l'enfance qu'une broncho-pneumonie morbillieuse. Pour le reste, la malade a toujours été très bien portante et n'a jamais toussé. Elle travaille depuis l'âge de 18 ans, sans surmenage et sans privation. En 1921, survient une *pleurésie droite* qui guérit spontanément. En février 1923, les signes d'imprégnation bacillaire s'installent progressivement sans cause favorisante et peu à peu la tuberculose se développe sans rémission.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavi-taire du tiers supérieur du poumon droit.

A gauche : aspect normal.

Pneumothorax artificiel en bonne voie.

Histoire familiale. — Père. — Mort de congestion pulmonaire ayant duré un mois et demi en 1919.

Mère. — Actuellement vivante et atteinte de bronchite chronique et emphysème, sans expectoration bacillaire.

Une sœur et deux frères plus âgés que la malade, mariés, bien portants, ayant déjà quitté le milieu familial au moment de la maladie du père.

Interprétation. — Aucune contagion récente ne peut être retrouvée. Réveil sans cause d'une primo-infection pauvre.

OBSERVATION XXXIII

M. D... Marcel, 24 ans, employé de métro, salle Chomel, n° 8.

Histoire du malade. — Né et élevé à Paris, le malade ne signale aucune maladie de l'enfance, ni de l'adolescence. Il a fait son service militaire dans l'infanterie et n'a jamais toussé. Il entre au métro en 1921, et dès le début, cette vie « ne lui convient pas » ; il commence à maigrir et à se débilitier. Il y a 6 mois, il fait une bronchite qui n'a pas guéri et l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Bande d'ombre, d'aspect granité à la partie moyenne du poumon droit, correspondant à la région interlobaire, mais ne présentant pas les caractères radiologiques scissuraux.

Rien à gauche.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a 20 ans d'une affection inconnue.

Mère. — 64 ans, atteinte de bronchite chronique avec emphysème, n'habite plus Paris depuis un an et n'a pu être examinée.

Le malade est le 3^e d'une famille de 5 enfants : les deux aînés, mariés, sont bien portants, les deux derniers sont morts en bas âge.

Interprétation. — Nous n'avons pu recueillir aucune préci-

sion sur le milieu familial qui paraît cependant entaché de tuberculose.

Quoiqu'il en soit, notre malade ne paraît présenter qu'une primo-infection ancienne et bien consolidée. Il accuse son métier d'être la cause de sa maladie actuelle, mais ne peut signaler aucune contagion récente, ni aucun facteur favorisant très net.

OBSERVATION XXXV

M. Rob... Louis, 27 ans, tailleur, Salle Louis, n° 35.

Histoire du malade. — A toujours habité Paris. Rougeole et coqueluche dans la deuxième enfance. Entre en apprentis sage à 16 ans, fait son service militaire à la fin de la guerre, mais sans aller au front parce qu'à cette époque il commençait à tousser et à maigrir. A sa rentrée dans ses foyers, reprend son métier de tailleur en chambre, et continue à tousser continuellement avec des poussées de bronchites aiguës pendant l'hiver. N'a jamais été examiné auparavant. C'est un de ces épisodes aigus, accompagné cette fois d'hémoptysie légère, qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Obscurité de la pointe du sommet droit avec spelonque en dessous la clavicule : rétraction des trois premiers espaces intercostaux.

A gauche, aspect normal.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Aucun antécédent familial de bacillose.

Le père et la mère sont vivants et bien portants, ainsi que le frère et la sœur aînés. Une sœur plus jeune est morte à 3 ans d'une pneumonie double ayant duré 12 jours.

Interprétation. — Il n'y a pas de contamination récente décelable.

Il semble s'agir du réveil d'une primo infection d'ailleurs

pauvre, s'étant faite progressivement durant le service militaire.

Le malade accuse un *surmenage récent*, mais en l'interrogeant soigneusement, on se rend compte qu'il s'agit d'une *fatigabilité excessive* : « Il était obligé de cesser son travail et de se coucher plus tôt qu'il n'avait l'habitude de le faire auparavant. »

OBSERVATION XL

M. P..., 35 ans, employé de bureau, salle Chomel, n° 15.

Histoire du malade. — A toujours habité Paris et signale coqueluche et rougeole dans sa première enfance. A 15 ans, en 1904, il fut atteint d'une affection pulmonaire grave, prolongée, traînant pendant six mois et dont il s'est remis difficilement mais complètement. En effet, il fait son service militaire actif dans de bonnes conditions et *fait toute la guerre dans l'infanterie* jusqu'en 1918 sans une seule journée de maladie. En août 1918, il est *gravement blessé*, amputé de la cuisse droite et passe deux mois dans un hôpital et quatre mois en convalescence.

Revenu dans ses foyers, il entre au Ministère des Pensions comme employé de bureau.

En décembre 1922, alors qu'il se sentait un peu fatigué, il est pris d'une hémoptysie abondante, prolongée et fébrile. Après un séjour à la campagne, il entre à l'hôpital en observation.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose fibro-caséuse limitée au sommet droit (apex).

Histoire familiale. — Il n'y a rien à noter au point de vue bacillose. Il a encore ses parents et quatre frères et sœurs bien portants. Sa femme, examinée, a été reconnue indemne, il n'a pas eu d'enfant.

Interprétation. — Il est possible que l'épisode pathologique

signalé dans la seconde enfance soit de nature tuberculeuse. Mais, ce qui est remarquable, le malade a pu faire la guerre dans des conditions très dures, subir une grave blessure et une amputation sans manifester d'activité tuberculeuse et, subitement, l'épisode actuel est apparu, sans cause, sans surmenage, sans privation, sans contagion nouvelle.

OBSERVATION LXXXVI

M. Ch..., 27 ans, mécanicien, Salle Corvisart, n° 3.

Histoire du malade. — Ne se souvient pas d'avoir été malade. Très robuste, il exerce un métier très pénible depuis l'âge de 17 ans. *Il a fait toute la guerre et a été blessé et trépané*, en 1916. Revenu au front, il est gazé assez sérieusement, fin 1917, mais après quinze jours d'hôpital et un mois de convalescence, il revient finir la guerre au front sans autre incident.

Puis, il reprend son métier, et continue à jouir d'une excellente santé.

Durant l'hiver dernier, il commence à se sentir fatigué, à maigrir, et bientôt la toux apparaît. A plusieurs reprises, il est obligé de s'arrêter de travailler. Mais ce n'est qu'en mai qu'il entre à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale, très étendue, à évolution rapide.

Décédé le 18 juin.

Histoire familiale. — Parents vivants et bien portants.

Pas de collatéraux.

Femme en excellente santé.

Une fille, âgée de 8 ans, à Hendaye.

Interprétation. — Tuberculose inexplicable. Le malade menait une vie saine, régulière, sans alcoolisme. Il n'a jamais été en contact avec des tuberculeux à aucun moment de son existence.

OBSERVATION LXXXIV

M. P... Edouard, 26 ans, menuisier, Salle Corvisart, n° 6.

Histoire du malade. — N'a jamais été malade dans l'enfance ni dans l'adolescence. Mobilisé en 1917, il est évacué pour dysenterie en décembre 1917, revient au front en mai et en juin et est amputé de la cuisse gauche à la suite d'une blessure grave : reste à l'hôpital pendant un mois seulement.

En 1922, alors qu'il n'avait auparavant jamais toussé, il est pris sans prodrome d'un crachement de sang. Depuis presque tous les trois mois, il fait de nouvelles hémoptysies, presque toujours légères et sans fièvre.

Il entre pour un nouvel accident analogue, lié cette fois à une poussée fébrile qui se prolonge trois semaines.

Etat actuel des lésions. — Infiltration non homogène du tiers supérieur du poumon droit sans image cavitaire.

Nombreuses petites calcifications au niveau du hile.

Rien à gauche.

Histoire familiale. — Père mort en 1916 de fièvre typhoïde.

Un frère mort en 1916 de fièvre typhoïde.

Mère et cinq frères et sœur, bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculeux dans sa famille.

Interprétation. — On ne trouve aucune cause appréciable à l'éclosion de cette tuberculose fibreuse évoluant depuis deux ans.

OBSERVATION CIV

M. Aug... Louis, 25 ans, mécanicien, salle Corvisart, n° 3.

Histoire du malade. — Né et élevé à Paris, ne signale comme antécédent qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, il a toujours été bien portant. En 1920, il part au Maroc comme soldat et un mois après, il fait une pleurésie sérofibrineuse droite, ponctionnée deux fois. Il en guérit

complètement semble-t-il, puisqu'il est maintenu dans le service armé. Après son service militaire, il s'établit au Maroc comme mécanicien et y gagne largement sa vie. Venu en France, en juin dernier, pour un voyage d'agrément, il tombe rapidement malade : fatigue, sensation de fièvre le soir, toux persistante, amaigrissement et il entre à l'hôpital en pleine poussée évolutive !

Etat actuel des lésions. — Obscurité massive du tiers supérieur du poumon droit, sans limite inférieure nette, avec présence d'une spéléonque derrière la clavicule. Sinus costo diaphragmatique fermé, diaphragme festonné.

A gauche, pas de lésions visibles..

Histoire familiale. — Père et mère bien portants.

Le malade est le cinquième d'une famille de sept enfants, dont tous les autres, tous mariés, sont bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans sa famille.

Interprétation. — Primo-infection probablement banale et pauvre.

Premier réveil pleurétique au cours du service militaire.

Réveil actuel sans aucune cause appréciable : le malade déclare être revenu sagement au foyer familial et n'avoir commis aucun excès d'aucune sorte.

OBSERVATION CV

M. J... Auguste, 31 ans, chapelier, salle Louis, n° 11.

Histoire du malade. — D'origine italienne, élevé dans une petite ville, dans un milieu sain, le malade est venu à Paris à 14 ans, avec sa famille. Il n'a jamais eu de maladie sérieuse en dehors de la rougeole à 4 ans.

Engagé volontaire en 1914, il est blessé à la tête en 1915 et retourne en Italie. Complètement remis de sa blessure, il se présente à l'examen médical dès l'entrée en guerre de l'Italie et accomplit tout le reste de la campagne dans l'artillerie de montagne, sans un seul jour de maladie.

Revenu à Paris, après la guerre, il reprend son métier sans fatigue, ni surmenage, occupant une situation fort aisée.

En février 1923, il « attrape un gros rhume » et comme il tousse beaucoup il fait appeler un médecin, bien qu'il ne semble pas gravement malade. Celui-ci découvre au premier examen une lésion du sommet gauche et fait examiner les crachats qui sont déjà bacillaires.

Depuis l'évolution s'est poursuivie suivant le mode habituel d'une tuberculose ulcéro-caséuse.

Etat actuel des lésions. — Obscurité totale de l'hémithorax droit avec taches, marbrures et spélonques disséminées.

A gauche, aspect en mie de pain entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort de bronchite chronique avec emphysème, il y a 13 ans.

Mère. — Bien portante, âgée de 59 ans.

Trois frères et deux sœurs, bien portants.

Femme et deux enfants. — Examinés au dispensaire et reconnus indemnes de tuberculose.

Interprétation. — L'origine de cette tuberculose nous paraît inexplicable. Le malade travaille à son compte, emploie comme ouvriers, deux hommes sains, à son service depuis quatre ans, et ne rappelle pas avoir jamais eu de contact avec un tuberculeux.

OBSERVATION CXXIII

M. Mouss... Louis, 29 ans, mouleur, salle Hanot, n° 6.

Histoire du malade. — Pendant sa jeunesse et son adolescence, passées à la campagne, il n'accuse aucune maladie sérieuse. Cependant à 17 ans, une bronchite grave le tient au lit pendant un mois. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à tousser et son état de santé est si médiocre qu'il est ajourné trois fois pour faiblesse de constitution. Repris en

1918, il est renvoyé au bout de quatre mois, d'ailleurs passés à l'infirmerie, pour bronchite chronique.

En 1920, il vient habiter Paris, et sans être réellement malade, il reste un touseur habituel. En mars 1924, sans cause apparente, la fièvre s'allume, et une poussée évolutive se déclanche. Après deux mois d'hôpital, elle est d'ailleurs en voie d'arrêt.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du sommet gauche, sans aspect cavitare.

Quelques tâches calcifiées au niveau des hiles.

Histoire familiale. — Père. — Mort cardiaque à 63 ans.

Mère. — Bien portante, âgée de 66 ans.

Une sœur morte de suites de couches.

Un frère, réformé pour bronchite chronique après trois mois de campagne. Examiné au dispensaire, on lui aurait trouvé une sclérose des sommets sans bacilles dans les crachats.

Femme. — Bien portante.

Interprétation. — L'origine exacte de cette tuberculose qui paraît évoluer à bas bruit sur le mode fibreux depuis douze ans, ne peut être exactement fixée. Le malade habitant à cette époque la campagne, dans le milieu familial qui paraît sain et il n'accuse aucun surmenage d'aucune sorte. Cependant, notons que son frère, qui comme lui, n'avait pas quitté le milieu familial, est aussi atteint de bronchite chronique.

OBSERVATION CLXXII

M. R... Louis, 40 ans, garçon de restaurant, salle Hanot, n° 20.

Histoire du malade. — Solide, résistant, n'a jamais été malade. Il a fait son service actif puis *trois ans de campagne dans l'infanterie* et il est versé dans l'auxiliaire à la suite d'une blessure de jambe d'ailleurs vite guérie.

Après la guerre, il reprend son métier activement. En 1919, une *congestion pulmonaire grippale*, l'amène à l'hôpital mais en cinq jours, la fièvre est tombée et huit jours après, il sort guéri.

Il ne tousse jamais et cependant c'est à partir de ce moment qu'il commence à sentir une certaine fatigue et à se plaindre de son métier pénible à cause des veilles répétées.

En novembre 1923, sans cause apparente, il fait une petite hémoptysie, d'ailleurs négligée.

Mais en février 1924, un nouveau crachement de sang, très abondant, l'immobilise deux mois et depuis sa maladie n'a cessé d'évoluer.

Etat actuel des lésions. — A gauche, forte diminution de transparence du sommet, taches au-dessous de la clavicule et autour du hile.

A droite, marbrures et taches entre le hile et la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort il y a 25 ans, d'une maladie de foie.

Mère. — Bien portante, âgée de 66 ans, n'a jamais toussé.

Deux frères et une sœur morts en bas âge (?).

Interprétation. — Aucune contamination récente ne peut être retrouvée. L'origine et les causes de l'évolution de cette tuberculose nous échappent complètement.

OBSERVATION CLXXV

M. P... Gaston, 37 ans, ébéniste, salle Hanot, n° 25.

Histoire du malade. — Il n'y a aucun passé pathologique à relever. « C'est la première fois qu'il est malade ». Il a fait toute la guerre dans l'infanterie, au front comme mitrailleur, sans aucun incident, et depuis la guerre, il travaille régulièrement, sans surmenage ni privation.

Depuis deux ans, il se sent fatigué, « maigrit et reprend », alternativement, tousse un peu au printemps, mais c'est seu-

lement il y a trois mois qu'il se décide à consulter et qu'il apprend avec étonnement qu'il est tuberculeux.

Elat actuel des lésions. — Densification des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire droit avec mie de pain sous la clavicule et au tiers moyen.

A gauche, rétraction thoracique, densification de la moitié supérieure de l'hémithorax avec spélonque sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1912, à 54 ans, de cancer du larynx.

Mère. — Bien portante.

Un frère et deux sœurs, bien portants.

Femme. — A fait une congestion pulmonaire bénigne il y a un an, mais ne tousse pas.

Deux enfants. — Bien portants.

Interprétation. — Tuberculose latente dont l'origine nous échappe.

OBSERVATION CCXII

M. Ch... Henri, 45 ans, mécanicien, salle Corvisart, n° 5.

Histoire du malade. — A fait cinq ans de service militaire à Madagascar, sans aucun incident. Au moment de son retour en France, il est atteint de *paludisme* qui le tient six mois à l'hôpital de Toulon, qui guérit complètement sous l'influence des injections de quinine et qui ne s'est jamais manifesté depuis. Il n'a jamais toussé.

Mobilisé en 1914, il fait 52 mois de campagne sans le moindre malaise et c'est seulement en décembre 1919, alors qu'il travaille régulièrement et sans surmenage dans une usine, qu'il fait une épisode pulmonaire brusque catalogué congestion pulmonaire et qui dure deux mois. On trouve des bacilles de Koch dans son expectoration dès la troisième semaine de sa maladie.

Depuis sa maladie évolue lentement, suivant le type fibro-

caséux, avec poussées fréquentes ayant nécessité de nombreuses hospitalisations. Fréquentes hémoptysies peu fébriles.

Etat actuel des lésions. — A gauche, infiltration du tiers supérieur du champ pulmonaire avec riche aspect en mie de pain, petite spélonque sous la clavicule.

Accentuation bilatérale très marquée des ombres bronchiques inférieures.

Histoire familiale. — Père. — Mort de congestion cérébrale à 60 ans.

Mère. — Morte à 58 ans, de hernie étranglée.

Un frère, âgé de 51 ans, bien portant.

Une sœur, âgée de 56 ans, bien portante.

Femme. — En bonne santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil inexplicable et brusque d'une tuberculose de primo-infection qui ne s'est jamais manifestée.

OBSERVATION CCXV

M^{me} B... Henriette, 46 ans, concierge, salle Potain, n° 5.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, n'a jamais été malade dans l'enfance ni dans l'adolescence. Elle se marie à 27 ans et supporte six grossesses successives sans incident. Sa vie est facile, sans surmenage ni privation. C'est seulement à 43 ans, que pour la première fois, elle entre à l'hôpital pour une hémoptysie légère, survenue sans cause.

En 1922, un an après son hémoptysie, elle commence à tousser et à cracher et bientôt est reconnue bacillaire. Depuis, l'évolution est progressivement évolutive et actuellement la cachexie est avancée.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse cavitaire bilatérale très étendue avec maximum à droite.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident à 30 ans.

Mère. — Morte à 49 ans de néphrite.

Quatre frères plus jeunes que la malade, tous bien portants, ayant fait la guerre.

Un frère. — Mort en 1919 de tuberculose pulmonaire, réformé 100 p. 100 après une grave intoxication par les gaz de combat.

Il a été hospitalisé jusqu'à sa mort dans un sanatorium et n'a jamais été en contact avec sa sœur.

Mari. — Indemne de tuberculose. Trois enfants vivants et bien portants, trois morts dans rougeole dans la première enfance.

Interprétation. — Après six grossesses bien supportées, trois ans après la dernière ; apparition, sans cause, d'une tuberculose évolutive dont nous ne trouvons pas l'origine.

OBSERVATION CCXXX

M. G... Paul, 24 ans, employé de commerce, salle Hanot, n° 24.

Histoire du malade. — En dehors de la rougeole et de la coqueluche il aurait eu à huit ans, un épisode pulmonaire très sérieux, catalogué « fluxion de poitrine », mais il n'en fut pas moins robuste pendant toute son adolescence, et à dix-huit ans, engagé volontaire en 1918, il est envoyé en Macédoine où il reste jusqu'en 1922 sans incident. En décembre 1922 et jusqu'en janvier 1923, il est atteint de *dysenterie amibienne*, pour laquelle il est réformé, mais dont il paraît guéri actuellement.

En avril 1923, il est envoyé au Congo, où il dirige une « factorerie » pour le compte d'une grande maison parisienne. Sa santé reste inébranlable malgré les fatigues auxquelles il est exposé. A son retour en mai 1924, brusquement, il est atteint d'une « congestion pulmonaire » gauche qui le tient au lit avec la fièvre pendant deux mois et demi. A peine, a-t-il repris son travail, qu'une rechute sévère l'amène à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche, rétraction costale et cardio-aortique, diminution de transparence des trois quarts supérieur du champ pulmonaire avec maximum scissural.

A droite, radiologiquement normal.

Histoire familiale. — Parents, bien portants.

Un frère, mort à la guerre.

Deux frères et une sœur, en excellente santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Rien ne nous paraît expliquer le réveil actuel de cette tuberculose.

CCLXXIII

M. R... Georges, 41 ans, instituteur, consultation.

Histoire du malade. — Né et élevé à la campagne, il ne se souvient d'aucune maladie de l'enfance. Après avoir fini ses études, il accomplit un an de service militaire sans défaillance, puis il exerce sa profession dans une petite école de village, en Seine-et-Marne, sans une seule journée d'indisponibilité. Mobilisé dès le début de la guerre, il accomplit toute la guerre comme sergent-major d'infanterie et n'est évacué qu'une seule fois, pendant un mois, pour un phlegmon de l'avant-bras. Il reprend son poste après la guerre et en 1922, pour la première fois de sa vie, il fait une bronchite tenace pendant l'hiver.

En 1923, nouvelle bronchite, plus rapidement guérie.

Enfin, en mars 1924, sans cause favorisante appréciable, survient une hémoptysie d'alarme.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers supérieur du poumon droit, avec cavité sous la clavicule.

Intégrité du poumon gauche.

Pneumothorax artificiel tenté avec succès.

Histoire familiale. — Père, mère, quatre frères et une sœur, tous en bonne santé.

Femme et trois enfants, indemnes de tuberculose : ont été examinés.

Interprétation. — Nous n'avons pu trouver aucune cause appréciable à cette évolution tuberculeuse.

OBSERVATION CCLXXV

M^{me} Jol... Reine, 31 ans, sans profession. Consultation.

Histoire de la malade. — Née et élevée à Paris, elle n'a eu en dehors de la rougeole et de la scarlatine aucune maladie grave. Mariée à 18 ans, elle n'a jamais travaillé en dehors de son ménage. Elle a supporté sans incident à 19 et 24 ans, deux grossesses avec allaitement prolongé. Elle signale cependant une bronchite légère en 1916, mais depuis elle ne toussait plus.

Il y a trois mois, elle commence à perdre l'appétit, à se sentir fatiguée et à maigrir ; peu à peu la toux apparaît et le tableau d'une tuberculose évolutive se complète insidieusement.

Etat actuel des lésions. — A droite, infiltration du tiers supérieur avec aspect en mie de pain.

A gauche : quelques taches floues sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 37 ans de cardiopathie.

Mère. — Agée de 62 ans, bien portante.

Une sœur. — Morte à 22 ans, d'infection puerpérale.

Une sœur. — Morte à 17 ans, de fièvre typhoïde.

Un frère. — Tué à la guerre.

Un frère. — Agé de 32 ans, bien portant.

Interprétation. — Rien n'explique le développement progressif et récent de cette tuberculose chez cette femme qui a supporté antérieurement deux grossesses sans incident et qui n'a jamais été en contact connu avec des tuberculeux.

OBSERVATION CCLXXVII

M^{lle} C... Marcelle, 29 ans, brodeuse, salle Potain, n° 2.

Histoire de la malade. — Elevée dans un milieu sain et aisé, elle n'a jamais connu la maladie. Cependant, employée comme vendeuse dans un grand magasin depuis l'âge de dix-huit ans, elle a dû abandonner cette profession à 22 ans, parce qu'elle se sentait fatiguée ; mais jamais elle n'a toussé.

En 1923, durant l'hiver, elle maigrit assez rapidement sans cause et un examen radiologique pratiqué à cette période, reste négatif. En juin 1924, elle commence à tousser, retourne consulter dans un dispensaire, où on confirme l'intégrité de ses voies respiratoires.

En août, brusquement, survient une hémoptysie, très abondante et suivie d'une poussée évolutive qui n'est pas encore éteinte.

Etat actuel des lésions. — Taches et marbrures discrètes au niveau du tiers supérieur du poumon gauche.

Gros foyer d'ombre à la partie moyenne du poumon droit en dehors du hile.

Histoire familiale. — Parents. — Vivants et bien portants.

Une sœur. — Agée de 27 ans, reconnue indemne après radiographie.

Interprétation. — Cette jeune fille menait une vie saine régulière, au sein de sa famille, ne connaissant ni fatigue, ni privation. Rien n'explique l'apparition récente de sa maladie.

OBSERVATION CCLXXIX

M^{me} L... Angèle, 39 ans, ouvrière d'usine, salle Bouillaud, n° 8.

Histoire de la malade. — Très robuste, « habituée à la dure », elle n'a jamais été malade. Elle travaille depuis l'âge

de treize ans, sans défaillance. Mariée à 22 ans, elle a supporté une *grossesse suivie de graves complications puerpérales* ; mais, à aucun moment, elle n'a présenté le moindre incident pulmonaire ; en 1918, elle fut atteinte de *grippe épidémique*, guérie en quatre jours.

En mai 1922, elle consulte au dispensaire Léon Bourgeois parce qu'elle tousse légèrement et elle apprend avec étonnement qu'elle présente des lésions étendues au poumon droit, elle part alors à la campagne et en revient trois mois après en bonne santé apparente, mais ne retourne pas consulter.

En janvier 1924, survient une bronchite d'abord négligée, mais qui se prolonge et s'accompagne d'expectoration muco-purulente. Elle consulte à la Pitié, où on trouve cette expectoration bacillifère. Depuis, elle traîne d'hôpital en hôpital bien que ses lésions pulmonaires ne soient pas sensiblement aggravées.

Etat actuel des lésions. — Obscurité massive du sommet droit, sans aspect cavitare.

Accentuation très marquée des ombres bronchiques des deux côtés.

Histoire familiale. — Père. — Alcoolique, mort à 51 ans.

Mère. — Morte d'une affection gastrique à 49 ans.

Pas de collatéraux.

Marie. — En excellente santé.

Une fille de 16 ans, examinée et reconnue indemne de tuberculose.

Interprétation. — Rien n'explique le développement torpide de cette tuberculose.

OBSERVATION CCLXXXIII

M. H... Henri, 40 ans, brocanteur, salle Corvisart, n° 8.

Histoire du malade. — Une seule maladie dans ses antécédents : la *fièvre typhoïde* avec hémorragie intestinale à

22 ans, au cours de son service militaire. Il n'a jamais toussé et a fait *toute la guerre au front* dans l'artillerie sans aucune évacuation.

Il y a six mois, survient brusquement une pleurésie droite avec épanchement ponctionné à trois reprises différentes et depuis deux mois son expectoration est devenue bacillaire, en même temps que son état général est devenu de plus en plus mauvais.

Etat actuel des lésions. — A droite, obscurité totale des deux tiers inférieurs du champ pulmonaire, à limite supérieure oblique en haut et en dehors, sommet taché et marbré.

A gauche, foyer d'ombre sous-claviculaire centré par une spéléonque.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 81 ans, bien portant.

Mère. — Agée de 76 ans, bien portante.

4 frères, âgés respectivement de 43, 45, 49 et 51 ans, tous bien portants.

Femme. — Morte en 1917 de péritonite (p)

Pas d'enfant.

Interprétation. — Nous ne trouvons aucune explication à un développement de cette tuberculose.

OBSERVATION CCLXXXIX

M. G... Louis, 32 ans, architecte. Consultation.

Histoire du malade. — Aucun antécédent pathologique d'aucune sorte.

Il a pu poursuivre toutes ses études sans incident et a fait *toute la guerre* comme officier de génie sans évacuation. Depuis la guerre, il occupe une situation brillante, aisée et facile. Sans aucune cause, en janvier 1922, il commence à tousser et à maigrir. Depuis cette époque, il se sent tuberculeux et malgré des cures sanatoriales prolongées, il assiste au développement régulier de sa maladie.

Etat actuel des lésions. — A gauche, infiltration de la moitié supérieure du champ pulmonaire avec aspect en mie de pain sous la clavicule.

A droite, diminution de transparence homogène du tiers supérieur.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 42 ans, d'accident.

Mère. — Agée de 62 ans, bien portante.

Un frère, âgé de 38 ans et une sœur, âgée de 35 ans, tous deux en excellente santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans son entourage.

Interprétation. — Tuberculose inexplicable.

OBSERVATION CCLXXXII

M^{lle} B... Henriette, 26 ans, comptable, salle Potain, n° 21.

Histoire de la malade. — En dehors de la rougeole, de la coqueluche et de la varicelle, elle ne signale aucun accident pathologique. Cependant, entre 13 et 16 ans, elle était très anémique, mal réglée et amaigrie, et fut envoyée à plusieurs reprises à la campagne.

Entrée à 17 ans, comme caissière dans un grand magasin, elle occupe cette place depuis huit ans, sans un seul jour d'indisponibilité.

L'an dernier, sans cause, elle fait une brusque hémoptysie et est soignée pendant trois mois à l'hôpital Laennec. Après un séjour de trois autres mois à la campagne, elle reprend sa place, se croyant guérie.

En juin 1924, nouvelle hémoptysie, suivie, cette fois, d'une évolution rapide.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-cancéreuse bilatérale très étendue.

Histoire familiale. — Père, mère et une sœur, en excellente santé.

Un frère, mort en bas âge de la coqueluche.

Interprétation. — Bien que nous connaissions le milieu familial et l'entourage habituel de cette malade, nous n'avons pu trouver aucune explication valable à cette évolution tuberculeuse.

OBSERVATION CCLXXXIV

M^{lle} C... Angèle, 32 ans, mécanicienne dans la chaussure, salle Potain, n° 18.

Histoire de la malade. — A cinq ans, elle aurait fait une broncho-pneumonie grave qui mit ses jours en danger. Mais depuis, elle n'a jamais été malade. Elle travaillait en usine pendant la guerre à « un métier d'homme » et depuis la guerre, elle conduit une machine dans un atelier de chaussures. A 24 ans, elle fit une *grossesse terminée par un accouchement normal*. Son ami, d'alors, était un soldat du front, parfaitement sain et qui fut tué en 1918.

Depuis deux ans, elle est en ménage avec un veuf dont la femme est morte, il y a six ans de tuberculose pulmonaire. Cet homme, examiné radiologiquement, nous a paru indemne de tuberculose : l'examen des crachats après homogénéisation n'a pas révélé de bacilles de Koch.

Notre malade s'est sentie fatiguée, il y a trois mois et peu après elle fit une légère hémoptysie. Les crachements de sang se sont répétés à six reprises différentes depuis ce temps et l'état général est profondément touché.

Etat actuel des lésions. — Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon gauche, avec taches et marbrures disséminées.

Foyer d'ombre transversal à la partie moyenne du poumon droit, dans la région scissurale.

Histoire familiale. — Père et mère, morts de vieillesse à 71 et 68 ans.

Sept frères et sœurs, tous bien portants.

Enfant du premier mari, mort dans la première enfance de d'entérite (?)

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Tuberculose inexplicable.

OBSERVATION CCLXXXVII

M. L... Hippolyte, 56 ans, chauffeur, salle Corvisart, n° 3.

Histoire du malade. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

A fait cinq ans de service militaire comme engagé volontaire à Madagascar, sans aucune maladie.

Mobilisé en 1914, il fut réformé en 1917, pour blessure à l'avant-bras droit.

Depuis la guerre, il est chauffeur particulier et mène une existence régulière et calme. Il y a trois mois s'est développé progressivement une tuberculose ulcéro-caséuse évolutive.

Etat actuel des lésions. — Obscurité symétrique du tiers supérieur des deux champs pulmonaire. Sinus costo diaphragmatique droit voilé.

Histoire familiale. — Père. — Mort en 1903, de maladie de cœur.

Mère. — Morte à 74 ans, de vieillesse.

Un frère, âgé de 59 ans, bien portant.

Femme et six enfants, tous bien portants, un seul enfant, mort de brûlure accidentelle, il y a 10 ans.

Interprétation. — Tuberculose inexplicable.

OBSERVATION CCLXXXVIII

M. B..., Hector, 20 ans, polisseur, salle Corvisart, n° 7.

Histoire du malade. — A toujours été robuste et bien

portant et la mère interrogée ne signale aucune autre maladie dans les antécédents qu'une rougeole à six ans.

Il travaille depuis l'âge de 16 ans et mène une vie régulière et calme.

Il y a six semaines, après un début brusque pneumonique, s'est développée une broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë.

Etat actuel des lésions. — Opacité homogène des deux tiers inférieurs du poumon droit.

Taches et marbrures sous la clavicule gauche.

Histoire familiale. — Toute la famille examinée nous a paru indemne de tuberculose. Elles se compose du père, de la mère et de six autres enfants tous plus jeunes que notre malade. La cutiréaction est positive chez les trois plus âgés, négative chez les trois derniers, à premier examen, tout au moins.

Interprétation. — Tuberculose inexplicable.

DEUXIEME CATÉGORIE

(Suite)

B) La Tuberculose des Campagnards transplantés

OBSERVATION XI

M. Grès..., 16 ans, apprenti, salle Chomel, n° 7.

Histoire du malade. — A passé son enfance en pleine campagne, sans autre maladie qu'une rougeole non compliquée à l'âge de 7 ans. En 1921, à 14 ans, vient habiter Paris, dans un taudis mal aéré, surpeuplé, occupant une chambre unique avec ses parents, son frère et sa sœur plus jeunes que lui. Il entre alors en apprentissage et en novembre 1922, survient un épisode aigu, fébrile, avec laryngite, durant jusqu'au début de janvier 1923. Il reprend son travail, mais en avril, survient une reprise progressive de tous les symptômes : amaigrissement, toux, expectoration, etc.

Etat actuel des lésions. — Champ pulmonaire gauche : radiologiquement normal.

Champ pulmonaire droit normal à la partie supérieure, obscurité à la partie moyenne, avec petite cavité hydro-aérique.

A fait quelques jours après un pneumothorax spontané qui a pu être entretenu.

Histoire familiale. — Père et mère bien portants et cliniquement indemnes de tuberculose.

Un frère de 14 ans et un sœur de 9 ans, actuellement bien portants mais qui n'ont pas encore été examinés.

Interprétation. — L'enfance du malade s'est passée à la campagne, le milieu familial est sain, et ces faits font présu-

mer que la primo-infection, si toutefois elle a eu lieu a été discrète.

Par contre, une infection récente a peut-être joué un rôle important, associée aux facteurs privations, changements de vie, surmenage de l'apprentissage. En effet, la maison que le malade occupait 7, impasse Ronce, dans le 20^e arrondissement, paraît constituer un bel exemple de taudis, une véritable maison de tuberculeux : « On entendait tousser la nuit à » travers les cloisons. Les gens crachaient dans les couloirs » et dans les escaliers ; les fenêtres donnaient sur une cour » sans air ; à chaque étage, il y avait des malades. »

Il y s'agit peut-être d'une tuberculose de primo-infection, mais l'état anatomique des lésions rappelle le phénomène de Koch.

OBSERVATION XIII

M. Cha..., comptable, 20 ans, salle Louis, n^o 4.

Histoire du malade. — Venu à Paris depuis octobre 1922 ; ce malade a habité la campagne jusqu'à présent et n'a jamais été malade dans l'enfance. En 1921, il fait une *fièvre typhoïde* grave qui l'a tenu trois mois au lit.

A son arrivée à Paris, il entre dans une grande maison de commerce où il occupe un bureau malsain et mal aéré ; il connaît, pour la première fois de sa vie, dit-il, la *privation et le surmenage*.

En février 1923, il fait une crise d'*entérite diarrhéique* qui se prolonge deux mois, et qui s'accompagne d'anorexie et d'amaigrissement. Puis il commence à tousser et à cracher.

Etat actuel des lésions. — A droite, densification apexienne avec spéléonque.

A gauche, taches floues sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père et mère vivants et bien portants. Quatre frères et deux sœurs, vivants et bien portants.

Aucun cas de tuberculose n'a pu être constaté dans la famille.

Interprétation. — La fièvre typhoïde de l'an dernier, le brusque changement de vie, le *surmenage* et la *privation* sont à retenir comme facteurs favorisants.

Mais le malade accuse une *contagion récente* dans son bureau ; un employé voisin toussait fréquemment et fut hospitalisé après une hémoptysie. Notre malade avait avec lui des rapports de service assez fréquents.

OBSERVATION XXII

M^{lle} Sal..., Marie-Louise, 22 ans, domestique, salle Quesnay, n° 9.

Histoire de la malade. — Bretonne, solide, plantureuse, n'ayant jamais été malade. Elle a passé toute son enfance dans son village, travaillant à la terre. Vient à Paris comme domestique dans une famille bourgeoise, suspecte de tuberculose et six mois après son arrivée, survient une *pleurésie* gauche à gros épanchement lymphocytaire, à la suite de laquelle apparaissent des signes pulmonaires évolutifs avec expectoration bacillaire.

Etat actuel des lésions. — Obscurité de tous le tiers inférieur du poumon droit, d'aspect homogène et à limite supérieure floue.

Tache et marbrures sous la clavicule.

Histoire familiale. — Les parents sont âgés et bien portants. Deux frères et deux sœurs, plus jeunes que la malade sont tous en bonne santé et sont restés dans le Finistère.

Interprétation. — Nous ne pouvons rien dire au sujet de la primo-infection de l'enfance qui apparaît comme fort douteuse. Mais bien qu'aucune contagion nette ne soit notée, à la faveur de la transplantation, une tuberculose évolutive se développe. Cependant, la fille de ses patrons, âgée de 22 ans,

malade depuis un an d'anémie (²), « faisait des cures de chaise longue et toussait toute la nuit ». La jeune bonne nettoyait la chambre de la malade tous les matins.

OBSERVATION XXIX

M^{me} R..., 27 ans, bonne d'hôtel, salle Quesnay, n° 26.

Histoire de la malade. — Bretonne, venue à Paris il y a trois ans, a eu la rougeole à quatre ans et la coqueluche à dix-huit ans. Mais a toujours été robuste et n'a jamais toussé.

A son arrivée à Paris, elle travaille comme bonne dans un hôtel pendant un an, puis se met en ménage avec un homme manifestement tuberculeux.

Huit mois après, elle devient enceinte et est abandonnée par son ami au deuxième mois de cette grossesse. Au début du cinquième mois (octobre 1922), survient une hémoptysie abondante, suivie de l'apparition de tous les signes habituels d'imprégnation tuberculeuse. Elle accouche à l'Hôtel-Dieu en mars, et le quinzième jour, dès sa sortie de l'hôpital, retombe brusquement malade et vient à Laënnec.

Etat actuel des lésions. — Densification du tiers supérieur du poumon droit avec images cavitaires.

Marbrures et taches de la moitié supérieure du poumon gauche à maximum périhilaire.

Histoire familiale. — Parents morts de vieillesse.

Dix frères et sœurs, dont sept vivants et bien portants.

Trois sont morts dans la première enfance ¹.

Interprétation. — Il semble bien s'agir d'une tuberculose conjugale ; la malade a vécu dix mois avec un ami tuberculeux, malade depuis la guerre et réformé 100 o/o. Cette infection récente a sans doute été favorisée par la grossesse.

OBSERVATION XXXII

M^{lle} R..., Rosalie, 20 ans, couturière, salle Quesnay, n° 12.

Histoire de la malade. — A vécu à la campagne, dans les Côtes-du-Nord, jusqu'à 19 ans et demie ; ne signale aucune maladie dans l'enfance.

Atteinte, en même temps que plusieurs membres de sa famille, par la grippe de 1918 (à 15 ans), elle guérit sans complication pulmonaire au bout de huit jours. Vient à Paris en janvier 1922 pour habiter chez sa sœur aînée et travailler avec elle à la couture.

Elle connaît à ce moment le *gros surmenage de travail* (veillées tardives, pas de repos le dimanche, aucune sortie) et les privations alimentaires. Au bout de six mois, en août 1922, elle commence à maigrir et à « faire de l'anémie », puis apparaissent la toux et les sueurs nocturnes. Cependant, bien qu'elle continue à se surmener, elle s'améliore pendant l'hiver : mais en mars dernier, tous les signes reprennent peu à peu.

Etat actuel des lésions. — Tuberculose ulcéro-caséuse du sommet gauche, sans aspect cavitaire.

Accentuation des ombres hilaires des deux côtés.

Rien à droite.

Histoire familiale. — Père. Mort de congestion cérébrale en 1918, à 65 ans.

Mère. Bien portante.

La malade est la sixième d'une famille de dix enfants dont il reste sept survivants, bien portants, dont la sœur aînée chez laquelle elle habite à Paris.

Le troisième est mort de fièvre typhoïde pendant la guerre.

Le quatrième a été tué au front.

Le deuxième est mort, il y a treize ans de tuberculose pulmonaire à 20 ans. Il avait quitté sa famille depuis quatre ans et était entré au séminaire qu'il n'a pas quitté jusqu'à sa mort.

Interprétation. — Il est possible que la primo infection

date de l'enfance et que surmenage et privations ont contribué à la réveiller. Mais, un autre fait important est à retenir : son beau-frère, avec lequel elle habite depuis deux ans, a été réformé en 1919 à 100 0/0 pour une bronchite ; mais en 1921, après deux nouveaux examens, sa pension a été réduite à 50 pour cent. N'y a-t-il pas eu là, une source possible de *contagion récente* ?

OBSERVATION XXXXVIII

M^{lle} Br..., Suzanne, 20 ans, fabricante de perles artificielles, salle Quesnay, n° 5.

Histoire de la malade. — A vécu à Chartres jusqu'à 16 ans dans le milieu familial sain et signale comme maladies de l'enfance : la rougeole à 6 ans, la fièvre muqueuse à 11 ans, et plusieurs angines.

En 1919, elle entre comme bonne à tout faire au service d'une famille de Chartres, et y reste pendant un an et demi. Elle y soigne pendant les six derniers mois une femme âgée de 31 ans, atteinte de tuberculose avérée et y ayant succombé. En outre de son service habituel, notre malade passe de nombreuses nuits auprès de la mourante. Après le décès, elle vient à Paris, en mars 1922 et travaille en atelier à fabriquer des perles artificielles. Peu après, elle devient fiancée et... amante. En novembre 1922, elle est abandonnée par son fiancé et en éprouve un chagrin considérable. C'est alors qu'elle fait une hémoptysie abondante, premier signe d'une tuberculose qui n'a pas cessé depuis d'évoluer avec rapidité.

Etat actuel des lésions. — Infiltration de la moitié supérieure du poumon gauche avec aspect cavitairé sous la clavicule.

A droite : nombreuses arborisations au niveau de la bronche inférieure avec plusieurs petites calcifications.

Histoire familiale. — Aucun antécédent familial ne peut être relevé.

Les parents et sept frères et sœurs sont vivants et bien portants ; notre malade est la quatrième de cette famille.

Interprétation. — Le rôle de la contagion peut être invoqué dans ce cas, bien que les manifestations cliniques ne soient apparues que dix mois après la fin du contact. Le rôle favorisant du *surmenage génital* et de la dépression morale doit également être noté.

OBSERVATION LXIV

M^{lle} Pen..., Mélanie, 23 ans, fille de salle dans un café, salle Quesnay, n° 1.

Histoire de la malade. — Belle fille, superbement plantée, elle est née et élevée en pleine campagne dans le Pas-de-Calais, elle a passé toute son enfance dans une ferme et n'a fait comme maladie sérieuse que la rougeole et la coqueluche : elle vient à Paris en 1917 pour se placer comme domestique chez un marchand de vin où elle est restée depuis.

En 1918, elle contracte une *grippe sans complication pulmonaire* et guérie en huit jours. Cependant, c'est depuis cette époque qu'elle se sent fatiguée et qu'elle tousse un peu l'hiver. En 1919, survient un érysipèle de la face, guéri en six jours.

Ce n'est qu'en janvier 1923 ; alors qu'elle présentait depuis deux ou trois semaines des signes nets d'imprégnation bacillaire, qu'elle fait une hémoptysie lui révélant sa maladie.

Etat actuel des lésions. — A gauche, poumon normal.

A droite, diminution de transparence sur toute la hauteur sauf au niveau du sinus costo-diaphragmatique qui est clair.

Spélonque sous la clavicule, grosse condensation périhilaire avec spélonque au centre.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Toute la famille qui a toujours habité la campagne, est indemne de tuberculose.

Son père est mort à 44 ans d'alcoolisme.

Sa mère et ses deux frères sont bien portants.

Interprétation. — Bien qu'on ne puisse trouver aucune source très précise de contagion, il est probable que c'est à Paris que cette « déracinée » est venue prendre sa maladie, dans cette salle de marchand de vin, classiquement réputée comme un réservoir de bacilles. Elle y a sans doute reçu des infections successives qui, peu à peu, sans causes favorisantes appréciables, ont fini par triompher de sa résistance. Si la grippe de 1918 a joué un rôle, il ne s'est guère fait sentir qu'à distance.

OBSERVATION LXXXXVIII

M^{me} Pic..., 25 ans, concierge, salle Potain, n° 2.

Histoire de la malade. — Née à Paimpol, elle reste dans sa famille jusqu'à l'âge de 19 ans, dans un état de santé excellent, et en particulier sans jamais avoir toussé. En 1918, elle entre au Havre, comme domestique, chez des bourgeois bien portants et d'ailleurs elle y reste quatre ans, sans un seul jour de maladie.

A 23 ans, en 1922, elle se marie et vient à Paris, prendre une loge de concierge dans un immeuble vieux et malsain, elle devient enceinte et *accouche à terme* d'un enfant bien portant.

Deux mois après, elle prend *froid* en faisant sa lessive dans la cour et doit s'aliter quinze jours avec un point de côté, des frissons, une toux sèche continuelle. Quand elle se relève elle est trop faible pour continuer l'allaitement et d'ailleurs, un mois après avoir sevré son enfant, elle recommence à tousser, à maigrir et à faire de la fièvre. Elle continue néanmoins son travail, dans un état de dépression physique et morale considérables car elle subit de mauvais traitements de la part de son mari, alcoolique qui souvent la prive de nour-

riture. En avril, son enfant meurt aux Enfants-Malades de méningite tuberculeuse et elle-même entre à la Pitié.

Etat des lésions à l'entrée. — Cortico pleurite tuberculeuse de la base droite avec fièvre et présence de bacilles de Koch dans les selles.

Etat actuel. — Résolution complète de tous les signes physiques et généraux, mais au point de vue radiologique, on découvre une caverne à contours réguliers, avec niveau liquidien au niveau du quart inférieur du poumon droit. Présence de bacilles de Koch dans les selles.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 64 ans, bien portant.

Mère. — Morte de péritonite quand la malade avait trois ans.

Trois frères. — L'aîné, tué à la guerre ; le deuxième, mort d'une maladie suraiguë en 48 heures à 17 ans, en 1913 ; le troisième, bien portant, âgé de 36 ans.

Deux sœurs. — Mariées et bien portantes, habitant Paimpol.

Mari. — A fait son service militaire pendant la guerre, mais a été réformé en 1920 pour bronchite sans pension. Depuis, il tousse constamment, mais nous n'avons pu l'examiner.

Interprétation. — Il est possible que le mari ait été une source de contagion nouvelle. De plus, le rôle de la misère physiologique et morale n'a sans doute pas été indifférent.

OBSERVATION CXXXVII

M^{me} Cou... Amélie, 23 ans, cuisinière, salle Hanot, n° 7.

Histoire de la malade. — Bretonne, à Paris, depuis cinq ans, la malade ne signale aucun antécédent pathologique dans l'enfance, ni dans l'adolescence.

Mais dès la première année de son séjour à Paris, elle commence à tousser et à maigrir.

En février 1923, elle se met en ménage avec un homme bien portant avec lequel elle avait des rapports depuis deux mois et en avril, au cours du *troisième mois d'une grossesse*, survient une hémoptysie abondante. Quelques semaines après : *pleurésie gauche* non ponctionnée.

En juillet, forte albuminurie (13 gr. 50) et accouchement prématuré d'un enfant mort au septième mois.

Depuis cette époque, poussées presque continuelles avec fréquentes hémoptysies. Les urines sont restées albumineuses mais ne tuberculisent pas le cobaye.

Etat actuel des lésions. — A gauche densification du lobe supérieur avec limite inférieure nette et aspect spéléocaire. Taches légères sur le reste du poumon.

A droite, taches à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

Histoire familiale. — Parents, trois frères et une sœur en bonne santé.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Ami examiné au dispensaire, a été trouvé porteur d'une forte densification du sommet droit avec expectoration bacillaire. D'ailleurs, il toussait depuis plusieurs années.

Interprétation. — On doit invoquer, chez notre malade, le rôle d'une *contagion récente* favorisée par une grossesse pathologique.

OBSERVATION CLXXI

M^{me} L... Louise, 20 ans, ménagère, salle Mosny, n° 13.

Histoire de la malade. — A fait la rougeole dans l'enfance, elle n'a jamais été malade et n'a jamais toussé. Elevée en pleine campagne dans le Loir-et-Cher, elle est venue à Paris en 1921 et habite alors chez son frère, marchand de vin. Elle travaille chez lui comme fille de salle pendant un an et demi jusqu'à son mariage.

Mariée en juillet 1923, elle quitte ce métier pour faire des ménages. Le premier mois de son mariage, elle a commencé à tousser et « ce rhume mal soigné » persiste indéfiniment. Elle supporte cependant très bien une *grossesse menée à terme* et c'est avec étonnement, à l'occasion d'un examen fortuit le huitième jour de son accouchement qu'elle apprend son état pulmonaire sérieux.

Etat actuel des lésions. — Infiltration symétrique du tiers supérieur des deux champs pulmonaires avec taches et marbrures.

Histoire familiale. — Père et mère, âgés et bien portants. Trois sœurs, bien portantes.

Un frère mort à quinze ans de rhumatisme articulaire aigu.

Un frère mort à quarante-et-un ans des suites de la guerre (2). Ne toussait pas.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Mari. — Bien portant.

Enfant. — Mort à la crèche de l'hôpital Laënnec de tuberculose.

Interprétation. — On peut penser qu'il s'agit d'une primo-infection récente et sans doute assez riche, « prise chez le marchand de vin », et réveillée à la suite d'une *grossesse*.

OBSERVATION CCXXIII

M. P... Georges, 18 ans, typographe, salle Hanot, n° 8.

Histoire du malade. — Abandonné par ses parents qu'il ne connaît pas, le malade a été placé par l'Assistance Publique dans une famille de cultivateurs de la Nièvre. Il y reste jusqu'à 15 ans, sans connaître la moindre maladie. A cette époque, il entre en apprentissage dans une école professionnelle et dès lors commence à tousser assez souvent sans cependant être jamais obligé de s'aliter. Il arrive à Paris, en juillet 1923 et commence à travailler comme typographe. Deux mois

après, il s'aperçoit qu'il maigrit, mais ce n'est que pendant l'hiver dernier qu'il s'inquiète et consulte. Cependant on lui déclare qu'il n'a rien au poumon et il continue à travailler. Récemment une accentuation marquée de la toux et de la fatigue, le ramène au dispensaire Léon Bourgeois et il est hospitalisé à la suite d'un examen de crachats positifs.

Etat actuel des lésions. — Diminution de transparence du sommet droit avec taches et marbrures, sans image cavitaires.

Poumon gauche normal.

Histoire familiale. — N'a pas connu sa famille, ayant été abandonné quelques jours après sa naissance.

Parents nourriciers. — En bonne santé, ainsi que leurs trois enfants.

Il ne paraît jamais avoir été antérieurement dans un milieu tuberculeux.

Interprétation. — Dès son arrivée à Paris, le malade a habité dans une pension de famille et s'y est lié avec un homme de 26 ans, tousseur chronique, avec lequel il prenait ses repas et qui était son compagnon de plaisir habituel. Cet homme aurait été dernièrement hospitalisé, mais nous n'avons pu en retrouver la trace.

OBSERVATION CCXL

M^{lle} S... Germaine, 23 ans, fille de salle, salle Mosny, n° 22.

Histoire de la malade. — Née dans un petit village de la Seine-Inférieure, elle y demeure jusqu'à 20 ans, travaillant dans une usine depuis l'âge de 18 ans. Elle n'a jamais été malade et en particulier n'a jamais toussé.

En 1921, elle arrive à Paris et travaille comme fille de salle dans un restaurant populaire; travail très fatigant, de 6 heures du matin à 10 heures du soir, qui ne tarde pas à lui paraître au-dessus de ses forces. Dès le début de 1921, elle maigrit, perd l'appétit, et commence à tousser. Cependant

bien que son état général s'aggrave presque continuellement depuis cette époque, elle ne s'est jamais alitée et c'est seulement parce que la fièvre vient d'apparaître qu'elle entre à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — A gauche, forte densification du tiers supérieur avec spélouque derrière la clavicule et mie de pain au-dessous.

Taches confluentes au tiers moyen.

Voile sur le tiers inférieur.

A droite, hile touffu, arborescent avec petite tache confluyente en dehors du hile et aspect en nid d'abeille au tiers moyen.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Bien portante, s'enrhume facilement.

Quinze frères et sœurs, dont neuf survivants et bien portants.

Six sont morts en bas âge, la plupart de gastro-entérite.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Il semble que notre malade soit venue chercher à Paris son infection tuberculeuse. Elle menait une vie sérieuse, habitait chez ses patrons, parfaitement bien portants et ne sortait jamais. Mais le restaurant populaire dans lequel elle travaille depuis trois ans n'a-t-il pu représenter une source de contagion appréciable ?

OBSERVATION III

M. Co..., 20 ans, menuisier, salle Chomel, n° 14.

Histoire de la maladie. — Elevé en pleine campagne, dans un petit village du Pas-de-Calais, n'a jamais quitté son foyer, n'ayant pas fait de service militaire. Ne se rappelle d'aucune maladie de l'enfance, en dehors de la rougeole ; mais depuis deux à trois ans, il s'enrhumait plus facilement l'hiver, sans jamais avoir gardé le lit.

Commence à travailler à 14 ans, comme apprenti, dans l'atelier de son père.

Brusquement, en août 1921, éclate un *épisode aigu*, dit congestion pulmonaire et accompagné d'une hémoptysie franche. Au bout de trois semaines, le malade commence à se lever, mais il reste amaigri, essoufflé, incapable de travailler et en janvier 1923, survient une nouvelle hémoptysie, abondante, fébrile. Le malade suivi quelque temps par un médecin de campagne est envoyé à Paris, en mai, en vue d'un pneumothorax artificiel.

Etat actuel des lésions. — A gauche; sommet normal, diminution de transparence de la partie moyenne et de la base, avec aspect en nid d'abeille de la région péri hilare.

A droite, poumon normal.

Histoire familiale. — Père et mère vivants, bien portants, n'ayant jamais toussé.

Le malade est le quatrième d'une famille de huit enfants : six sœurs et un frère : tous bien portants.

Interprétation. — Difficile. Il n'a pas été possible, malgré un interrogatoire sérieux du père du malade, de trouver une contagion ni récente, ni ancienne, non seulement dans l'entourage immédiat, mais encore dans le village « où on ne

connaît que trois personnes mortes de poitrine dans les dix dernières années ».

Durant la guerre, des troupes ont constamment cantonnées dans le village et la maison familiale donnait asile à une popote de plusieurs officiers dont aucun ne paraissait malade.

Enfin le jeune homme nous avoue avoir, depuis quelques mois, des rapports génitaux, d'ailleurs rares, avec une jeune fille d'un village voisin, mais il nous la décrit comme une plantureuse beauté campagnarde qui ne saurait être suspectée.

OBSERVATION X

M. Schn... 27 ans, tailleur, salle Chomel, n° 20.

Histoire du malade. — A vécu toute son enfance en Pologne en pleine campagne, sans aucune maladie. N'a pas fait la guerre.

Vient à Paris, en 1922, il y a dix mois, et dès son arrivée contracte une rougeole bénigne non compliquée.

En mars 1923, il est atteint de *fièvre typhoïde* à Para B. soigné à l'hôpital Rotschild, et qui dure neuf semaines. Comme il tousse un peu, un examen radiologique est pratiqué et dénote des lésions suspectes et un examen de crachats met en évidence le bacille de Koch.

D'ailleurs, rapidement, la fièvre se rallume et sa tuberculose évolue.

Etat actuel des lésions. — Opacité très marquée de la partie moyenne du champ pulmonaire droit avec présence très nette de géodes multiples.

Histoire familiale. — Père, mère et quatre frères restés en Pologne, en excellente santé. Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Il est impossible de retrouver une notion

de contagé massif. Il a vécu seul depuis son arrivée à Paris, travaillant avec un oncle bien portant, dans un atelier sain. Il accuse cependant des privations et un léger surmenage.

Mais quelque soit l'origine de cette infection — et peut être s'agit-il d'une primo-infection — le rôle favorisant de la *fièvre typhoïde* paraît ici indiscutable.

OBSERVATION XXVI

M. de J..., 29 ans, mécanicien, salle Louis, n° 6.

Histoire du malade. — Né dans un petit village du Pas-de-Calais, le malade y a vécu jusqu'à la guerre sans faire d'autre maladie qu'une scarlatine bénigne à sept ans ; mobilisé dès le début de la guerre, il fait *toute la campagne, dans l'infanterie*, sans aucune maladie ni blessure.

Marié en 1918, il vient s'installer à Paris en 1919 avec sa femme. Il accuse un *surmenage* très pénible (12 heures de travail par jour) amené par la nécessité d'élever sa petite famille qui s'accroît de trois unités en trois ans.

En janvier dernier, brusquement, survient un épisode grippal durant trois jours, mais à peine est-il remis qu'il fait une première hémoptysie : examiné à ce moment, on lui conseille le séjour à la campagne, mais de fréquentes poussées hémoptoïques le ramènent à l'hôpital.

État actuel des lésions. — A droite, opacité des deux tiers du champ pulmonaire, avec images cavitaires multiples à la partie moyenne.

Intégrité du poumon gauche.

Pneumothorax artificiel pratiqué en avril 1923, actuellement, en bonne voie de guérison.

Histoire familiale. — Aucun antécédent bacillaire héréditaire ni collatéral.

Son père est mort en 1912 de néphrite chronique.

Sa mère et ses deux frères, sa sœur, sont tous bien portants.

Sa femme a eu une bronchite en 1914 ; mais elle a supporté trois grossesses sans incident et les examens radiologiques et bactériologiques l'ont montré indemne de tuberculose actuelle.

Ses trois enfants ont une cuti-réaction négative.

Interprétation. — Si le *surmenage* peut encore ici être incriminé comme cause favorisante, l'origine de cette tuberculose nous échappe complètement.

OBSERVATION XLII

M^{lle} R..., 19 ans, domestique, salle Quesnay, n° 7.

Histoire de la maladie. — A toujours vécu à la campagne jusqu'à l'année dernière et n'a jamais été malade ; placée depuis l'âge de 13 ans comme bonne à tout faire chez un notaire de petite ville dans un milieu parfaitement sain.

Vient à Paris, en février 1922, et commence à tousser en novembre à la suite d'un épisode grippal fébrile ayant duré huit jours ; n'a pas cessé de maigrir et de tousser depuis cette époque. Une laryngite est apparue depuis un mois.

Etat actuel des lésions. — Infiltration du tiers inférieur du poumon droit avec petites cavités.

Rien au sommet.

Rien à gauche.

Histoire familiale. — Ses parents sont bien portants et vivent à la campagne avec ses six frères et sœurs, tous en bonne santé et les grands-parents âgés respectivement de 101 et 99 ans.

Employée dans un ménage bourgeois parfaitement sain depuis son arrivée à Paris.

Interprétation. — Pas de contagion massive récente ; pas de surmenage, ni de privations.

S'agit-il d'une tuberculose de primo-infection ?

OBSERVATION LXIX

M^{lle} Du... Solange, 20 ans, domestique, salle Quesnay, n° 21.

Histoire de la malade. — Elle est la dernière d'une famille de douze enfants. Elevée à la campagne dans un milieu pauvre, elle n'a cependant jamais connu la maladie en dehors de la rougeole.

A 16 ans, elle vient à Paris, comme bonne à tout faire, au service d'un ménage de rentiers aisés et bien portants. « Le service est doux, la nourriture excellente ». Mais pour combler la solitude du sixième étage, elle ouvre la porte à un amant durant l'hiver dernier. Trois mois après, alors que le partenaire de ces coupables amours s'est déjà enfui, elle fait une « grosse congestion » qui n'est que le début d'une tuberculose évolutive.

Etat actuel des lésions. — Obscurité du tiers supérieur du poumon droit avec aspect en nid d'abeille.

A gauche, aspect radiologique normal.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 72 ans, alcoolique.

Mère. — Agée de 68 ans, bien portante.

Deux frères et une sœur sont morts dans la première enfance.

Restent huit survivants, tous bien portants et vivant à la campagne.

Interprétation. — C'est là l'histoire d'une transplantée venue chercher à Paris, son infection tuberculeuse que nous ne pouvons pas exactement déterminer mais qui évolue à la faveur d'un surmenage génital récent.

OBSERVATION LXXXVII

M. Bois... Léonce, 35 ans, garçon coiffeur, salle Corvisart, n° 20.

Histoire du malade. — Depuis son arrivée à Paris, en 1913, le malade a souffert de fréquentes bronchites. Cependant, il avait accompli son service militaire actif, sans incident ; mais il fut réformé en 1914, au cours d'une période d'instruction, pour bronchite.

Engagé volontaire dès le début de la guerre, il est fait prisonnier en février 1915 et au cours de sa captivité, il fait une forte poussée tuberculeuse qui dure deux mois en 1916. A ce moment, il était dans un camp de représailles et souffrait beaucoup de la faim. En 1918, il est envoyé en Suisse à la suite d'un nouvel incident, moins violent cependant, survenu après un emprisonnement de trois semaines.

Depuis son retour en France, il s'était amélioré progressivement, mais ne travaillait pas et habitait la campagne.

En février 1924, il reprend son métier de garçon coiffeur, et trois mois après, très fatigué, il entre à l'hôpital.

Etat actuel des lésions. — Infiltration bilatérale de la presque totalité des deux champs pulmonaires avec cavités multiples.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 62 ans, n'a jamais toussé.

Mère. — Morte à 42 ans, d'une péritonite aiguë.

Frère aîné. — A été prisonnier également et depuis sa captivité, toussé, crache, et est presque toujours malade.

Deux frères, morts à la guerre.

Une sœur morte à sept ans de méningite (?)

Interprétation. — Il s'agit d'une tuberculose évoluant depuis l'âge de 20 ans et réveillée durement par les privations relevée à l'origine.

OBSERVATION LXXXIII

M. Mob..., 25 ans, peintre en bâtiment, salle Corvisart, n° 13.

Histoire du malade. — Venu en France en 1916, avec une de ses sœurs, il avait vécu auparavant à Casablanca et ne paraît jamais avoir été malade dans l'enfance, six mois après son débarquement, il entre à l'hôpital de Marseille pour « bronchite », mais il en sort un mois après, guéri, et vient à Paris. Il tousse presque tous les hivers, mais sans jamais jusqu'à présent, avoir interrompu son métier.

Le 17 février 1924, brusquement, il ressent un point de côté très violent, un frisson et il entre à l'hôpital avec 40°. Cette affection aiguë dure exactement neuf jours, mais après quinze jours d'apyrexie complète alors qu'il allait quitter l'hôpital, il est repris par la fièvre et par la toux. On pense à une pleurésie purulente, mais l'examen clinique montre l'existence d'une tuberculose massive du lobe supérieur gauche.

Etat des lésions en mars 1924. — Bloc de densification comprenant tout le lobe supérieur du poumon gauche avec limite inférieure nette. Quelques taches floues au niveau du quart inférieur.

A droite, aspect radiologique normal.

Pneumothorax pratiqué en juin, avec succès passager. reprise des phénomènes aigus au bout d'un mois ; actuellement (août 1924) infiltration cavitaire bilatérale.

Histoire familiale. — Père et mère. — Encore vivants et bien portants.

Deux sœurs jumelles bien portantes, âgées de 29 ans.

Une sœur morte à 17 ans, en 1916, à Marseille, trois mois après son arrivée en France d'une affection pulmonaire (2)

Interprétation. — Il semble bien que le malade a fait sa primo-infection en arrivant en France, en même temps que sa sœur qui succombe. Après avoir résisté huit ans, notre ma-

lade fait un réveil à marche rapide à la suite d'une affection qui semble bien être une pneumonie franche. L'expectoration en effet, d'aspect rouillé, contenait du pneumocoque, mais on n'a pas cherché à ce moment le bacille de Koch qui fut, par contre, trouvé en abondance un mois après.

OBSERVATION CXXVII

M. G... Marcel, 20 ans, encadreur, salle Hanot, n° 10.

Histoire du malade. — Elevé à la campagne dans un milieu sain, il a eu la rougeole à quatre ans, compliquée d'une broncho-pneumonie. Depuis, il est solide et résistant et il vient à Paris, en 1920, à 16 ans, pour commencer à travailler. Après un an d'apprentissage, il travaille aux pièces et commence à se surmener fortement et dès avril 1923, il ressent les premiers symptômes d'imprégnation bacillaire. En juillet, une légère hémoptysie fait découvrir des lésions suspectes et il est envoyé à Hyères, où son état ne s'améliore nullement.

Etat actuel des lésions. — Ramollissement cavitairé du sommet droit.

Rien à gauche.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Mort des suites d'une intoxication par les champignons.

Mère. — Morte cardiaque à 45 ans.

Deux frères et une sœur, plus âgés que le malade et en bonne santé.

Interprétation. — Depuis son arrivée à Paris, le malade habite avec sa sœur et son beau-frère, tous deux parfaitement bien portants ; il mène une vie régulière, sérieuse, dans un milieu sain et hygiénique. Aucune contamination décelable ne peut être révélée.

L'origine de cette tuberculose nous échappe, bien que le rôle du surmenage soit à retenir.

OBSERVATION CXXIX

M. Ro... Georges, 29 ans, manœuvre, salle Hanot, n° 19.

Histoire du malade. — Très solide, résistant, le malade élevé à la campagne, jusqu'à la guerre, ignore totalement la maladie.

Pendant la guerre, il fait *campagne dans l'infanterie* jusqu'à la fin, mais il connaît l'hôpital : en 1915, pour scarlatine, en 1916, pour paludisme à Salonique. En 1917, pour intoxication légère par les gaz de combat. Il est blessé trois fois légèrement.

Après la guerre, il travaille deux ans en régions libérées et vient à Paris en 1921. Trois mois après surviennent des *abcès froids suppurés du cou* avec laryngite. Puis des signes très nets d'imprégnation bacillaire. En 1922 et en 1923, pendant l'hiver, il est atteint de poussées pulmonaires fébriles avec hémoptysies. Enfin en mars dernier, une hémoptysie abondante l'amène dans le service.

Etat actuel des lésions. — Condensation totale de l'hémithorax droit avec spélonque sous la clavicule.

A gauche, condensation très opaque limitée à la partie moyenne.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'embolie (mort subite).

Mère. — Morte à 24 ans, en couches.

Un frère bien portant.

Femme, bien portante, pas d'enfant.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Ne s'agit-il pas d'une tuberculose de primo-infection qui évoluerait depuis son arrivée à Paris, mais dont le point de départ ne peut être retrouvé. Il vivait avec sa femme dans un petit appartement sain et confortable, sans connaître ni le surmenage, ni les privations.

OBSERVATION CXLVI

M^{me} Cal..., Elise, 19 ans, salle Hanot, n° 20.

Histoire de la malade. — Cette bretonne, élevée à la campagne jusqu'à 17 ans, et travaillant aux champs depuis l'âge de 13 ans, n'a jamais connu la maladie.

Venue à Paris comme bonne à tout faire dans une famille bourgeoise indemne de bacilliose, elle se marie au bout d'un an, en excellente santé. Sa vie est calme, régulière, sans excès d'aucune sorte. Au septième mois d'une grossesse jusque-là bien supportée ; brusquement, sans signes d'imprégnation bacillaire, elle fait une hémoptysie abondante mais sans lendemain.

Elle accouche à terme d'un enfant sain, actuellement élevé au Placement Familial. Après l'accouchement, elle fait une poussée fébrile légère avec toux qui fait tenter un pneumothorax artificiel.

Etat actuel des lésions. — Opacité peu marquée du sommet droit avec quelques marbrures sous la clavicule. Pas d'image cavitaire.

Rien à gauche.

Pneumothorax artificiel pratiqué avec succès.

Histoire familiale. — Père. — Agé de 60 ans, n'a jamais toussé.

Mère. — Morte à 27 ans d'infection puerpérale à la naissance de notre malade.

Pas de collatéraux.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — S'agit-il du réveil d'une primo-infection ancienne sous l'influence de la grossesse ou de l'évolution d'une primo infection récente ? Il paraît impossible de trancher cette question.

OBSERVATION CLV

M^{me} Hu..., Albertine, 38 ans, ménagère, salle Mosny, n° 4.

Histoire de la malade. — Venue à Paris, depuis cinq ans, elle habitait la campagne ; en Normandie auparavant et n'avait jamais été malade, malgré *six grossesses menées à terme*. Depuis son arrivée à Paris, elle accuse un gros surmenage de travail nécessité par sa nombreuse famille et des privations très sérieuses. Elle habite un taudis avec son mari et ses six enfants, et connaît la misère. En octobre 1923, à la fin d'une *septième grossesse*, elle commence à tousser et en novembre, survient une légère hémoptysie. Cependant l'accouchement se fait à terme sans incident et c'est, pendant l'allaitement, qui ajoute un nouveau facteur d'épuisement, qu'elle tombe brusquement malade en février 1924. Un épisode aigu du type grippal, étiqueté congestion pulmonaire marque le début d'une poussée évolutive active.

Etat actuelle des lésions. — A gauche, rétraction costale, mie de pain au niveau du tiers supérieur, taches très confluentes au tiers moyen, voile homogène dans le tiers inférieur.

A droite, aspect en mie de pain sous la clavicule, quelques calcifications hilaires.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'accident.

Mère. — Morte à 43 ans d'une cirrhose alcoolique.

Une sœur âgée de 29 ans et bien portante.

Mari. — Bien portant.

Sept enfants, dont un mort de diphtérie à 7 ans et demi.

L'aîné, âgé de 17 ans, a eu une pleurésie séro-fibrineuse l'an dernier.

Les autres sont bien portants.

Interprétation. — Aucune contagion massive ne peut être relevée.

Le rôle du *surmenage*, de la *misère* et des grossesses répétées semble nettement actif.

OBSERVATION CLXXIV

M. Bag..., Théophile, 27 ans, laitier, salle Hanot, n° 26.

Histoire du malade. — Breton, élevé à la campagne, n'a jamais été malade. Mobilisé en 1917 il accomplit *deux ans de campagne au front* sans aucun incident pathologique.

En 1921, après avoir travaillé deux ans à la campagne, il vient à Paris et travaille comme égoutier. Il habite une chambre mansardée mal aérée, sale ; il se marie en 1922 et un mois après, à la suite d'un refroidissement, il entre à l'hôpital pour une pleurésie gauche, guérie sans ponction, en trois semaines.

En 1923, au moment de la naissance de son deuxième enfant, il accuse un *surmenage* très intense : il travaille la nuit comme laitier et le jour comme égoutier, dormant au plus cinq heures par jour.

En décembre 1923, il contracte une bronchite grave et fébrile « qui ne guérit pas ».

Elat actuel des lésions. — Infiltration cavitaire du sommet droit.

Quelques taches à la partie moyenne, en dehors du hile.

Rien à gauche.

Histoire familiale. — Père. — Alcoolique, bien portant.

Mère. — Malade actuellement (cancer de l'utérus).

Un frère et une sœur bien portants.

Femme et deux enfants, bien portants.

Interprétation. — Ne s'agit-il pas d'une primo-infection récente développée sous l'influence du *surmenage et de la mauvaise hygiène*.

OBSERVATION CCXI

M. Go..., Albert, 25 ans, laitier, salle Corvisart, n° 24.

Histoire du malade. — Elevé à la campagne, dans la Sarthe, il ne signale aucune maladie de l'enfance. Cependant, il

est ajourné deux fois pour faiblesse de constitution, mais accomplit ensuite dix-huit mois de service militaire sans jamais tousser.

Il vient ensuite à Paris où il travaille la nuit comme laitier et il prend immédiatement des habitudes d'intempérance. En mars, il est mouillé au cours de son travail, mais néglige de se soigner. Trois jours après, il entre à l'hôpital Saint-Antoine, pour une congestion pulmonaire, *guérie en quatre jours*.

Mais à peine a-t-il repris son métier qu'il recommence à tousser et progressivement, une tuberculose évolutive s'est développée.

Etat actuel des lésions. — A gauche, aspect en mie de pain du tiers supérieur, bande d'ombre interlobaire très épaisse, laches et marbrures dans le tiers inférieur.

A droite, grosses taches floues sous la clavicule.

Histoire familiale. — Père. — Bien portant.

Mère. — Morte des suites d'une intervention chirurgicale abdominale. à 39 ans.

Cinq frères et quatre sœurs (notre malade est le sixième) tous bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Réveil d'une primo-infection pauvre sous l'influence d'une infection pulmonaire aiguë — ou primo-infection récente.

OBSERVATION CCXXII

M. P..., Nicolas, 28 ans, infirmier, salle Hanot, n° 1.

Histoire du malade. — D'origine russe, le malade a passé toute son enfance dans une petite ville au sein de sa famille saine et aisée. Il faisait des études de droit lorsque la guerre a éclaté. En 1916, il est mobilisé et fait campagne pendant huit mois, et fait prisonnier il est envoyé dans un camp de représailles où il subit les plus mauvais traitements. Rentré en

Russie en 1918, il connaît des privations plus graves encore et en janvier 1919 il est atteint de typhus exanthématique.

En 1920, il vient en France et mène encore pendant plusieurs mois une existence misérable. En 1923, dans le courant de janvier, il est atteint d'un *épisode grippal* durant quatre jours, mais huit jours après sa guérison survient une hémoptysie abondante qui nécessite son hospitalisation. L'hiver dernier, il recommence à tousser, mais n'attache pas d'importance à son état ou tout au moins se garde bien de s'en plaindre de crainte de perdre sa place. Peu à peu, son état s'aggrave, et en août 1924, il est obligé d'entrer à Laennec.

Etat actuel des lésions. — A droite, diminution de transparence de la totalité de l'hémithorax avec maximum sous la clavicule. Taches et marbrures disséminées, vaste spéléonque à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

A gauche, image radiologique normale.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 58 ans, de la famine, en Russie.

Mère. — Bien portante.

Un frère et cinq sœurs, bien portants.

Interprétation. — Le malade paraît être venu chercher à Paris son infection tuberculeuse. Il dit avoir connu la grande misère, l'asile de nuit et ses promiscuités douteuses, mais il ne peut cependant préciser aucun contagé net. Il est cependant à remarquer qu'il a supporté les fatigues de la guerre, et d'une dure captivité, une maladie grave telle que le typhus exanthématique, et enfin les horreurs de la famine sans que sa résistance faiblisse. Et deux ans après son arrivée à Paris, la tuberculose se déclanche.

OBSERVATION CCXLIX

M^{lle} C..., Germaine, 23 ans, infirmière-fille de salle.

Histoire de la malade. — D'origine paysanne, elle a passé

toute son enfance à la campagne et jusqu'à 21 ans, s'occupe aux travaux des champs.

A 21 ans, elle arrive à Paris et entre comme fille de service dans un hospice de vieillards. Trois mois après, elle commence à tousser et une poussée fébrile la fait hospitaliser pendant trois semaines. Cependant, examinée à ce moment au point de vue radiologique, on ne lui trouve pas de lésion pulmonaire.

Après une courte convalescence, elle continue son travail, cette fois dans un service de chirurgie. Sa santé reste médiocre et à plusieurs reprises elle se fait examiner craignant la tuberculose. C'est seulement en mai 1924, à la suite d'une légère hémoptysie qu'on la reconnaît bacillaire.

Etat actuel des lésions. — Taches et marbrures très confluentes au niveau du sommet gauche.

Léger empâtement périhilaire du même côté.

Histoire familiale. — Père. — Mort à 29 ans d'accident.

Mère. — Bien portante.

Deux frères et une sœur bien portants.

Il n'y a jamais eu de tuberculose dans la famille.

Interprétation. — Peut-être cette malade est-elle venue chercher à Paris sa primo-infection qui paraît évoluer à bas bruit depuis deux ans. Il est à noter qu'elle n'a jamais été employée dans un service de tuberculeux.

De plus, l'interrogatoire soigneux fait découvrir un avortement provoqué en juin 1922 (six mois après l'arrivée à Paris), suivi de curettage.

OBSERVATION CCLV

M. J..., Jean, 46 ans, manœuvre, salle Corvisart, n° 24.

Histoire du malade. — Breton, venu à Paris en 1897, à 19 ans, il n'avait jamais été malade auparavant. En 1899, au cours de la première année de son service militaire, il est ré-

formé pour bronchite bacillaire après un épisode ayant duré sept mois.

En 1902, quelques mois après son mariage, nouvelle poussée évolutive sévère, suivie d'une amélioration très nette jusqu'en 1911 où il recommence à tousser, au début de la guerre, il est d'abord repris dans le service auxiliaire puis réformé six mois plus tard pour bacillose.

Depuis la guerre, séries de poussées annuelles, plus ou moins prolongées avec expectoration bacillaire constatée chaque fois.

Etat actuel des lésions. — Diminution de transparence de la totalité du champ pulmonaire gauche, avec taches et marbrures à maximum péripédiculaire.

A droite, taches floues au niveau de l'apex.

Histoire familiale. — Père. — Mort de hernie étranglée à 57 ans.

Mère. — Bien portante, âgée de 71 ans.

Quatre frères et trois sœurs, en bonne santé, habitant tous la campagne.

Un frère. — Mort à 19 ans, en 1900. Il était venu à Paris, en même temps que notre malade, c'est-à-dire un an auparavant. Il a succombé de phtisie galopante au bout de trois mois de maladie.

Femme. — Bien portante.

Un fils de 20 ans, actuellement sous les drapeaux.

Une fille, morte à quatre ans, en 1912, de méningite tuberculeuse.

Interprétation. — Il semble que ce malade soit venu chercher à Paris une primo-infection tardive et sévère, en même temps que son jeune frère qui succombe de phtisie galopante. Depuis cette infection se développe suivant le type fibrocaséux.

OBSERVATION CCCI

M^{me} Pl..., 64 ans, couturière, salle Bouillaud, n° 17.

Histoire de la malade. — A eu la fièvre typhoïde à 26 ans, mais n'a jamais eu aucune maladie.

Il y a 28 ans, après la mort de son mari, elle aurait été suivie et soignée dans un dispensaire pour lésions pulmonaires, mais l'interrogatoire soigneux montre qu'il s'agissait d'une clinique suspecte où les traitements fantaisistes n'avaient d'autre but que de soutirer quelque argent aux naïfs. Depuis cette époque, elle n'a jamais toussé. Elle entre dans le service en mai 1924 pour troubles digestifs marqués et le diagnostic de *cancer de la grande courbure* est posé cliniquement et radiologiquement. Cuti négative, un mois et demi avant la mort.

La radiographie montre une intégrité absolue des deux champs pulmonaires, et à l'autopsie nous n'avons pu trouver autre chose que deux ganglions calcifiés, très durs, gros comme un pois, au niveau du hile droit.

Histoire familiale. — Père. — Mort d'un cancer du foie en 1901.

Mère. — Morte d'un cancer de l'estomac en 1891.

Pas de collatéraux.

Mari. — Mort à 40 ans, en 1896, de tuberculose pulmonaire ayant évolué pendant deux ans.

Un enfant, mort à 16 ans, en 1897, de tuberculose pulmonaire.

Un enfant, mort à 31 ans, en 1906, il avait été soigné à Berck pour mal de Pott entre 6 et 11 ans. A toujours habité avec sa mère.

Interprétation. — Malade ayant vécu en milieu tuberculeux, soumise à de nombreuses infections nouvelles, restées inactives, malgré une maladie cachectisante ayant duré au moins six mois.

Conclusions

I. — Dans près de la moitié des cas, on trouve à l'origine de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, une infection bacillaire de l'enfance certaine.

1° Souvent, la maladie de l'adulte se relie directement à l'infection de l'enfance, par une série d'incidents pathologiques continus qui témoignent de l'activité incessante du processus. On peut dire que le quart des tuberculoses de l'adulte sont la conséquence et la terminaison de l'infection de l'enfance.

Cette primo-infection évolutive paraît, une fois qu'elle est constituée, indépendante de la répétition et de la durée des contacts bacillifères ultérieurs.

Le passage à l'état de maladie confirmée se fait insensiblement, *précocement* (21 ans) et le plus souvent sans l'intervention de la moindre cause seconde favorisante.

2° Dans d'autres cas, au contraire, on note entre l'infection de l'enfance et la maladie de l'adulte, une longue période de latence, *un intervalle libre de tout incident pathologique*. Mais, comme aucune contagion nouvelle ne peut, en général, être incriminée, on peut parler dans ces cas de *réveil de l'infection de l'enfance*; ré-

veil qui survient *moins précocement* (27 ans) et à l'occasion de la première cause favorisante, même minime, agissant comme facteur d'anergie.

3^o L'origine de ces infections riches de l'enfance se trouve essentiellement *dans le milieu familial*. Elle vient aussi souvent du père que de la mère et atteint aussi bien les garçons que les filles. Mais elle ne frappe jamais ceux qui ont été soustraits aux contacts infectants et presque toujours *ce sont les aînés qui sont épargnés*. Plus l'enfant est âgé, moins la contamination familiale a de chance d'être efficiente.

4^o La tuberculose familiale fait presque toujours des *victimes multiples*. Même sans tenir compte de la mortalité du premier âge, nous avons noté que 55,4 % des enfants issus de parents tuberculeux deviennent tuberculeux soit dans l'enfance, soit dans l'âge adulte, tandis que les enfants de parents indemnes de tuberculose ne sont frappés que sur 25,1 % des cas.

II. — Dans la seconde moitié des cas, on ne retrouve pas l'infection de l'enfance : il s'agit d'individus n'ayant jamais eu de contact connu avec le bacille et n'ayant présenté aucun incident pathologique antérieur suspect.

1^o Dans certains cas on trouve un *nouveau contact bacillaire* à l'âge adulte, mais le plus souvent on ne peut affirmer que ce contact a été sûrement contaminant.

Le nombre des *contagions vraies* paraissant directement efficaces chez l'adulte, ne dépasse pas 9 % des cas dont la plupart appartiennent à la contagion conjugale.

Ces contagions s'exercent principalement sur les femmes et sur les transplantés ; elles sont presque toujours favorisées par la grossesse.

2° Mais la majorité de ces malades n'ayant pas subi de nouveaux contacts, se comportent *comme s'il s'agissait encore ici du réveil d'une infection latente et ignorée.*

3° La maladie survient alors *plus tardivement* (36 ans) et son développement nécessite presque toujours l'action favorisante de *causes secondaires* plus importantes, mieux définies, et dont les plus fréquentes sont : les affections débilitantes surtout digestives, — le surmenage associé aux privations et à la misère, — le refroidissement associé aux infections pulmonaires aiguës.

4° Le rôle de la *grossesse* qui apparaît important lorsqu'il agit sur des lésions anciennes actives ou inactives, semble, au contraire être beaucoup moins important dans cette catégorie de faits.

5° Il est enfin des cas où on ne peut incriminer ni contagion nouvelle, ni cause favorisante appréciable, mais ces *tuberculoses inexplicables* de l'adulte restent des faits exceptionnels (4,3 %).

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Bibliographie

- ARLOING et THÉVENOT. — Société d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose, 10 juin 1922.
- ARNOULD. — « La contagion par le bacille de Koch », *Revue Médicale*, 1921, n° 3.
- ARMAND DELILLE et Mlle FAMIN. — « Rôle de la contagion familiale dans la Tuberculose de l'enfant », *Journal de Méd. de Paris*, août 1923.
- AUBERTIN. — « Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme », Thèse Bordeaux, 1924.
- BALDWIN. — « Additionnal or reinfection tuberculosis », *British Journ. Of Tub.*, juillet 1922.
- « The etiology of tuberculosis in its modern aspects », *New-York Tub. Ass. Bull.*, 1922, n° 5.
- BALDWIN et GARDNER. — « Reinfection intuberculosis », *Amer. Rev. of Tub.*, août 1921, n° 6.
- BAR. — « Grossesse et Tuberculose », Congrès de Rome, 1913.
- *Bull. Acad. Méd.*, nov. et déc. 1922.
- BARNES. — « Tuberculosis of husband and wife », *Am. Rev. of Tub.*, octobre 1921.
- BERNARD LÉON. — « La tuberculose pulmonaire », Masson, Paris, 1921.
- « Conception actuelle de la tuberculose », *Presse Méd.*, 18 avril 1914.
- « Le traumatisme et la tuberculose », *Soc. Méd. Hôp.*, juin 1916.
- « Surmortalité tuberculeuse due à la grippe de 1918-19 » Congrès de Lausanne, 1920.
- « Gestation et tuberculose », *Presse Médicale*, 16 novembre 1921.
- « Tuberculose et gestation », *Bulletin Médical*, 4 août 1923.
- « Maternité et tuberculose » (Discussion du Rapport du Prof. Forssner), Congrès de Lausanne, 1924).
- BERNARD L. et DEBRÉ. — « Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge ». *Acad. de Méd.*, octobre 1920, *Paris Méd.*, janvier 1921.

- « L'infection tuberculeuse du nourrisson et sa prophylaxie », *Annales de Médecine*, mai 1923.
- BERNARD L. et MANTOUX. — « Traumatismes chroniques de guerre et tuberculose pulmonaire », Soc. Méd. Hôp., mai 1917.
- BERNARD L., MANTOUX et JACQUET. — « La guerre, facteur déterminant de tuberculose pulmonaire », *Annales de Médecine*, 1920, n° 1.
- BERNARD L. et MASSELOT. — « Etude statistique sur l'immunité tuberculeuse conférée par les écouelles et le lupus », *Bull. de la Soc. d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose*, mai 1914.
- BESANÇON. — « Les bases actuelles du problème de la tuberculose », Paris, 1922, Gauthier-Villars.
- « Les conceptions actuelles de la tuberculose pulmonaire », *La Médecine*, mai 1923.
- BESANÇON et PHILIBERT. — « L'allergie tuberculeuse », *Paris Médical*, février 1924.
- BESANÇON et DE SERBONNE. — « Surinfection tuberculeuse expérimentale du cobaye », *Annales de Médecine*, 1914, n° 2.
- BRUNON. — « La tuberculose pulmonaire », Douin, Paris, 1924.
- CALMETTE. — « L'infection bacillaire de la tuberculose », Paris 1920.
- « Les modes de diffusion de la tuberculose à travers le monde », Conférence Internationale de Londres 1921, et *Revue de la Tuberculose*, août 1921.
- CONCOURS MÉDICAL (LE). — Enquête sur la tuberculose conjugale, 1921-1922.
- COURCOUT et LABESSE. — *Revue de la Tuberculose*, juin 1921.
- CRUCHET et HAUTECHAUD. — « Essai comparatif entre les tuberculoses urbaines et rurales », *Presse Médicale*, février 1924.
- DEBRÉ et BONNET. — « La surinfection tuberculeuse expérimentale », C. R. Soc. biol., juillet 1922, *Journ. Méd. Français*, septembre 1912.
- DEBRÉ et JACQUET. — « Grippe et tuberculose », *Paris Médical*, janvier 1920.
- « Le début de la tuberculose, la période ante-allergique », *Annales de Médecine*, 1920, n° 2.
- DEBRÉ et PARAF. — « La surinfection tuberculeuse chez le cobaye », C. R. de la Soc. Biol.
- DEBRÉ, PARAF et DAUTREBANDE. — « La période ante-allergique de la tuberculose », *Annales de Médecine*, 1921, n° 6.
- DETRE-DEUTSCH. — « Superinfect. und Primarinf. ». *Wien. Klin. Worsch.*, 1904, n° 27.
- DUMAREST. — « La tuberculose et la guerre », *Bull. Méd.*, juillet 1918.
- DUMAREST et BRETHE. — *Presse Médicale*, juin 1922.

- FIESSINGER et BRODIN. — « Anergie hépatique », *Annales de Médecine*, 1922.
- FORSSENER. — « Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose ». Rapport Congrès de Lausanne, 1924. *Revue de la tuberculose*, décembre 1924.
- GOVAERTS. — « L'hérédité dans l'étiologie de la tuberculose ». *Amm. Rev. of Tuberculosis*, 1922, t. IV.
- GRUNER et HAMBURGER. — « Experiment. untersuchungen uber die tub. infect. Beitrag zur Klin. der Tub. », 1910, t. XVII.
- HAJECK (Von). — Tuberculose familiale. *Zeitschrift f. tuber.*, 1920.
- HILLENBERG. — *Zeitschrift fur Hyg. und Infect. Krank.*, 1914.
- HUGON. — « Tuberculose et mariage ». Thèse, Paris, 1914.
- JANIN. — « Tuberculose et grossesse ». Société d'obstétrique et gynéc., janvier 1922.
- JEANDIDIER. — « La tuberculose et l'armée ». *Arch. de Méd. et Pharmacie Milit.*, juillet 1923, t. LXXIX.
- JOUSSET. — « La cuti-réaction ». *Journ. Méd. Français*, septembre 1922.
- KRAUSS (Allen K.). — Studies of immunity to tuberculosis. *Am. Rev. of Tub.*, n° 8, 1920.
- LAVERGNE. — « Considération sur les surinfections de la tuberculose », *Presse Méd.*, juillet 1921.
- LELONG et RIVALIER. — « L'anergie syphilitique », *C. R. Soc. Biol.*, février 1923.
- LEMOINE. — « Rapport entre la tuberculose pulmonaire dans l'armée et la tuberculose familiale ou acquise avant l'incorporation ». *Arch. Gén. de Méd. et Pharm. Milit.*, 1903, t. XLI.
- LOEPER. — « Tuberculose et gaz de guerre ». *Progrès Médical*, 1919.
- MARFAN. — « De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale par la phtisie pulmonaire ». *Arch. Gén. de Méd.*, mars et avril 1886.
- « La cuti-réaction », *Presse Médicale*, 8 décembre 1923, 22 décembre 1923.
- MOSNY. — « La famille des tuberculeux ». *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1915.
- NOBÉCOURT et PARAF. — « L'anergie provoquée par la gestation ».
- PINARD. — Tuberculose et gestation. *Annales de Gynec. et Obst.*, juin 1913.
- RIST. — « Tuberculose et gravidité », *Revue de la Tuberculose*, août 1921, n° 4.
- RIST, KINDBEY et ROLLAND. — « Etude sur la réinfection tuberculeuse », *Annales de Méd.*, n° 3 et 4, 1914.
- ROUSSELOT. — « Tuberculose et gaz de guerre ». Thèse de Paris, 1920.

- ROUSSEL. — « La tuberculose conjugale », Thèse Paris, 1922.
- SABOURIN. — « Tuberculose et mariage », *La Médecine*, mai 1920.
- SERGET. — « Tuberculose et grossesse », *Presse Médicale*, 1913.
- *Traité de Médecine*, t. XVII.
- « L'influence de l'âge sur la pathogénie et le déterminisme des formes de la tuberculose pulmonaire », *La Médecine*, mai 1924.
- SERGET et HASS. — « Les séquelles des intoxications par les gaz asphyxiants et leurs rapports avec la tuberculose ». *La Médecine*, mai, 1920.
- STRAUSS. — « La tuberculose et son bacille, Paris, 1895.
- SWEARY. — « Associated diseases in pulmonary tuberculosis ». *Am. Rev. of. Tub.*, septembre 1923.
- TALLISH. — *Zeitchrift fur tub.*, 1916.
- VITRY. — « Tuberculose conjugale ». *Bull. de la Soc. des Méd. des Dispensaires antituberculeux de l'O. P. H. S. de la Seine*, octobre 1923.
-

